FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GERMAINE LAMBERT DE CURSAY

Née le 6 Décembre 1888, à Lencloître (Vienne)

ÉTUDE

SUR

LA LOBITE TUBERCULEUSE CHEZ L'ADULTE

Président : M. LÉON BERNARD, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN . . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TRIFFANEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène et médecine préventive	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI	Pathologie médicale.
GLAVE	Pathologie chirurgicale.
JBERTIN	Pathologie médicale.
SSET	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
ANCHETIÈRE	Chimie biologique.
ANCA	Histologie.
ULÉ	Pathologie médicale.
DENAT	Pathologie chirurgicale.
AMPY	Histologie.
IRAY	Pathologie médicale.
ERC	Pathologie médicale.
BRÉ	Hygiène.
de JONG	Anatomie pathologique.
VOIR	Médecine légale.
ALLE	Obstétrique.
ESSINGER	Pathologie médicale
IX	Pathologie médicale.
RNIER	Pathologie expérimentale.
RVIER	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER	Urologie.
VELACQUE	Anatomie.

MM.	
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale
VELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
UGEROT	Pathologie médicale.
JÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie

VI. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médical
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médical
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgic
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgic

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédi chez l'adulte pour les accidents du tra les mutilés de guerre et les infirmes a tes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme pro leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Pieux hommage de ma profonde affection.

A MA MÈRE

ET

A MA GRAND'MÈRE

Témoignage de mon affection et de ma très grande reconnaissance.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur Léon BERNARD

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
A la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hopital Laennec
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller technique du ministère de l'hygiène
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui voudra bien trouver ici l'expression de ma gratitude, pour la grande bienveillance qu'il m'a toujours témoignée et pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse dont il fut l'instigateur.

A MON MAITRE

M. le Professeur B. GARIPUY

Chirurgien accoucheur de la Maternité
de Toulouse
Officier de la Légion d'Honneur

Souvenir de mon affectueuse et reconnaissante amitié.

A MON MAITRE

M. le Professeur JEANNIN

Professeur de clinique obstétricale
Accoucheur de la Maternité de la Pitié

Témoignage de ma déférente admiration et de ma reconnaissance.

A MON MAITRE

M. le Professeur ROUSSY

Professeur d'anatomie pathologique
a la Faculté de Médecine de Paris
Médecin chef du centre anticancéreux
Officier de la Légion d'Honneur

Faible témoignage de remerciement et de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Faculté de Médecine de Toulouse

M. le Professeur DAMBRIN
Professeur de clinique chirurgicale

M. le Professeur BAYLAC
Professeur de clinique infantile

M. le Professeur MOREL
Professeur de clinique médicale

M. le Propesseur agrégé MIGINIAC
Agrégé de chirurgie

M. le Professeur GARIPUY
Chirurgien accoucheur de la Maternité

Faculté de Médecine de Paris

M. le Professeur Léon BERNARD (Laënnec)

M. le Professeur agrégé AUVRAY (Laënnec)

M. le Professeur JEANNIN (Pitié)

M. le Professeur agrégé DEBRÉ
(Enfants-Malades)

M. le Docteur L. RAMOND (Laënnec)

MM. les Docteurs PAREUX, ROBIN, SALOMON, BARON, VALTIS, PARAF, COSTE et LELONG

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

M. le Professeur ROUSSY
Professeur d'anatomie pathologique

M. le Docteur LEROUX, chef de travaux

MM. GRANDCLAUDE et HUGUENIN, préparateurs

Introduction

L'examen radiologique pratiqué systématiquement chez tout tuberculeux pulmonaire a apporté, au cours des dernières années, une clarté nouvelle dans la classification des formes anatomo-cliniques de la maladie.

Le premier, en France, notre maître le Professeur Léon Bernard attirait, en 1923, avec son élève Bethoux, l'attention sur certaines formes caractérisées par l'envahissement total et exclusif du lobe supérieur droit. Il montrait qu'à cette topographie précise, à limite scissurale nette, répondent des caractères cliniques et une évolution assez particulière : début insidieux chez un tuberculeux ancien, marche lente de la maladie avec tendance anatomique à la sclérose et pronostic plutôt favorable. Il caractérise cette lésion par la dénomination de « Lobite tuberculeuse », depuis universellement adoptée en phtisiologie.

L'année suivante, Bethoux confirme, dans sa thèse sur la Lobite supérieure les premières constatations. Il établit la réalité radio-clinique de cette localisation, étudie son étiologie, sa nature histologi-

que, sa pathogénie et recherche une thérapeutique locale active.

Depuis, de nombreuses observations de lobite tuberculeuses ont été relatées. Rist et ses élèves avaient insisté sur l'importance des processus pneumoniques dont les tuberculoses lobaires ne sont peut-être qu'un cas particulier.

En 1924, Aris leur consacre sa thèse. La plupart des travaux publiés au cours de ces dernières années sur la tuberculose pulmonaire réservent aux lobites un chapitre spécial. Chabaud, dans sa thèse sur la bilatéralisation au cours du pneumothorax, cite quelques cas de lobites apparues secondairement du côté opposé au poumon collabé. Denis Le Sève, étudiant la guérison naturelle des cavernes pulmonaires, montre l'évolution fibreuse favorable que peuvent subir les lobites excavées. Récemment, le Professeur Sergent réserve à la lobite une place importante dans son livre d'études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire. Il vient tout dernièrement de publier, en collaboration avec Oury, un article sur la lobite moyenne, peu connue jusqu'alors. De l'ensemble de ces travaux quelques faits se dégagent : les auteurs sont unanimes quant au rôle primordial de la radiologie qui permet seule d'identifier du point de vue clinique les formes topographiques lobaires. Ils considèrent, en général, l'évolution de celles-ci comme relativement favorable, surtout si l'on intervient à temps, avant que les lé-

sions, au début strictement limitées au lobe, se soient étendues aux lobes voisins ou au côté opposé.

Sur un certain nombre de points, par contre, l'accord n'est pas établi cliniquement. Aris relève dans la majorité des cas un début brusque, souvent pneumonique, une évolution, en général, sub-aiguë se rapprochant de la tuberculose fibro-caséeuse commune. Bethoux insiste sur le début insidieux, l'allure chronique de l'affection.

Anatomiquement, la rareté des constatations nécroptiques explique peut-être la divergence des opinions quant à la nature même des lésions. Notre maître le Professeur Léon Bernard rattachait, en 1923, la lobite aux formes localisées de la phtisie fibreuse.

Bethoux, dans sa thèse, établit l'existence de lésions de chronologie différente : « lésions anciennes, les unes spécifiques, atteignant le parenchyme, constituées par de la tuberculose nodulaire discrète, en partie étouffée par la sclérose anthracosique, les autres intéressant la scissure interlobaire et paraissant banales. Au pourtour de ces vieilles lésions et occupant la plus grande partie du lobe, des lésions plus récentes de splénisation aiguë tuberculeuse, le tout limité par une réaction de sclérose hypertrophique du poumon intéressant à la fois le parenchyme (pneumonie chronique) et le tissu interstitiel (cirrhose interstitielle). La lésion pourrait, en somme, être dénommée « bronchio-alvéolite fibro-anthracosique chronique à topographie lobaire ».

Pour le Professeur Sergent, pour Rist et leurs élèves, le processus pneumonique, aigu ou chronique, est avant tout en cause. Aris insiste sur les lésions de bronchio-alvéolite originelle qu'il oppose à l'ancienne notion du nodule péribronchique et de la granulation hématogène.

Topographiquement, le Professeur Sergent étudiant, en 1924, avec son élève Durand, la limitation scissurale des processus pneumoniques tuberculeux, décrit des envahissement qui, partis de la scissure, gagnent la partie supérieure du lobe et admet que la lobite peut être le résultat de l'extension d'une localisation primitivement jusxta-scissurale.

En présence de la complexité des descriptions cliniques, de la divergence des conceptions anatomiques, il nous a semblé intéressant de reprendre l'étude des lobites. Ayant suivi pendant plusieurs années l'enseignement du Professeur Léon Bernard, nous avons observé dans son service un grand nombre de tuberculoses lobaires. Nous les relatons dans ce travail et cherchons à dégager de ces faits un certain nombre de caractères communs permettant de prévoir leur marche évolutive et de fixer certaines règles de thérapeutique. Nous nous sommes efforcés également de préciser l'exacte topographie lobaire. Aux premières descriptions de lobites supérieures qui, de l'avis unanime des auteurs, restent de beaucoup les plus fréquentes, se sont ajoutées dernièrement des observations de lobites inférieures et même de lobites moyennes. Il importait

de discuter l'authenticité de ces dernières et de déterminer à quel siège exact répondent les lésions révélées par l'image radioscopique.

Nous exprimons à notre Maître, le Professeur Léon Bernard, toute notre reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a réservé à l'Hôpital Laënnec. Nous avons puisé dans son enseignement les bases de la phtisiologie et les observations que nous avons pu recueillir dans son service constituent les éléments de ce travail qu'il nous a inspiré.

Nous remercions vivement le professeur Roussy et ses collaborateurs les Docteurs Leroux et Huguenin, qui ont été nos guides dans nos recherches anatomo-pathologiques.

M. Maingot, qui par ses examens radiologiques si précis nous a été, avec MM. les docteurs Portret et Serrand, d'un grand secours dans ce travail.

Nous remercions également, MM. les docteurs Salomon, Baron, Valtis, Paraf, Coste et Lelong qui nous ont éclairé de leurs conseils et de leur expérience clinique.

Définition

La dénomination de lobite tuberculeuse constitue par elle-même une définition complète. Après notre Maître le Professeur Léon Bernard et les auteurs qui, à sa suite, ont étudié la question, nous entendons par ce terme l'infiltration tuberculeuse totale d'un lobe pulmonaire, à limite scissurale nette, sans préjuger de la nature histologique des lésions, ni de leur expression clinique. Notre effort tendra justement à préciser celles-ci et à rechercher quelle thérapeutique elles appellent. Une définition purement topographique, basée sur la division anatomique des poumons, peut sembler, à première vue, trop schématique. Le but de ce travail est de montrer qu'elle correspond néanmoins à la réalité des faits et que le terme de « tuberculose lobaire » répond, en vérité, à une entité anatomo-radiologique des plus nette.

Considération sur la topographie exacte des lobes pulmonaires et leur projection radiologique

Puisque les lobites constituent, avant tout, une entité anatomique, il importe de délimiter chaque lobe et, pour cela, de préciser la situation exacte des scissures interlobaires.

1) Siège anatomique des scissures. — Les descriptions des traités d'anatomie ne sont pas toutes concordantes. Nous adopterons celle de Merkel. A droite, la scissure principale commence en arrière à environ six centimètres au-dessous du sommet du poumon, c'est-à-dire au niveau de la troisième côte ou du troisième espace intercostal (ce point d'origine répond à peu près à la racine de l'omoplate sur le bord spinal de cet os). Oblique en bas et en avant elle se bifurque au niveau de l'aisselle, à la hauteur du 4e espace de la 4e côte. La branche supérieure, presque horizontale, très légèrement oblique en haut et en avant, aboutit à l'extrémité antérieure du troisième espace. La branche inférieure, oblique en bas et en avant, continue la direction de la scissure principale. Elle répond en avant à l'extrémité antérieure du 5e, parfois du 6e cartilage costal. Le plan scissural est incliné à 45° sur l'horizontal.

A gauche : La scissure commence en arrière au même niveau que la droite, un peu au-dessus pour

Rochard. Elle se termine en avant au voisinage de l'extrémité antérieure de la 6e côte osseuse, parfois plus bas dans le sixième espace. Débutant plus haut, aboutissant plus bas, le plan scissural gauche plus incliné que son homologue du côté opposé forme avec l'horizontale un angle de plus de 45°.

Projection radiologique des scissures interlobaires

Normalement, trop minces pour être visibles à l'examen radiologique, les feuillets de la plèvre viscérale deviennent opaques, lorsqu'ils sont épaissis par une inflammation plastique et qu'il existe une sclérose interlobaire. Celle-ci, invisible quand les rayons sont normaux au plan scissural, donne une ombre linéaire quand ils ont une direction parallèle.

Nous rappelons ici les lois d'éclairage de l'interlobe, déterminées en 1901 par Béclère.

En position antérieure d'examen (poitrine contre l'écran) l'interlobe n'est visible que dans les positions élevées de l'ampoule. Il devient visible dans les positions basses, lorsque le malade tourne le dos à l'écran.

Rappelons ici que du fait de l'obliquité de leur plan, les grandes scissures ne peuvent donner en position frontale qu'une image selon le plat, c'est-à-dire une large bande d'ombre. Dans les conditions habituelles d'examen, une étroite ligne d'ombre

orientée selon le trajet d'une scissure répond à l'épaississement pleural des deux lèvres scissurales et non à l'aspect de la scissure vue de champ. Pour obtenir cet aspect, il faut pratiquer un examen de profil du poumon, mettre le sujet en O. A. G. pour l'examen de la grande scissure droite, en O. A. D. pour l'examen de la scissure gauche.

Ces loi s'appliquest aussi bien aux condensations parenchymateuses venant au contact d'une plèvre interlobaire qui en constitue la limite. Celle-ci se dessine par une ligne sombre au-dessous de laquelle le parenchyme présente une transparence normale. Cet aspect est toujours beaucoup plus net à droite qu'à gauche. Alors que le lobe supérieur droit est limité par un plan scissural hrizontal, à gauche, le lobe supérieur recouvre en avant le lobe inférieur presque jusqu'à la coupole diaphragmatique. Son opacité ne peut trancher, dans ces conditions, sur la clarté du lobe inférieur dont ses lésions masquent l'intégrité. L'examen en position oblique devient, de ce fait, indispensable.

Anatomiquement d'ailleurs les rapports des lobes entre eux varient plus ou moins, suivant leur volume, différent selon les individus.

Pathologiquement, la symphyse scissurale n'est pas indispensable à la limitation de la tuberculose lobaire. Au cours des insufflations pleurales, on observe souvent une dissociation des deux lobes par l'air qui s'insinue entre les feuillets pleuraux, vérifiant ainsi l'intégrité de l'interlobe.

Souvent, par contre, ainsi que l'ont fait observer Rist et Ameuille, la sclérose cicatricielle rétractile d'un lobe déforme et déplace l'interlobe. S'il n'existe pas d'adhérences pariétales, tout se borne à une ascension de la scissure, marquée surtout à sa partie externe, et l'examn radiologique obéit encore aux lois de Béclère.

S'il existe des adhérences pariétales, la région centrale seule est attirée vers le haut. Cette incurvation centrale de la scissure s'accompagne alors d'une incurvation sagittale et la visibilité de l'interlobe n'obéit plus aux lois de Béclère. Elle est visible alors en position frontale, quand les rayons abordent tangentiellement les parties de la courbe la plus proche de l'horizontale. Au-dessous de la ligne interlobaire peuvent apparaître alors des images pathologiques appartenant au lobe supérieur, dans la languette qui recouvre en avant le lobe inférieur. L'examen de profil devient dès lors nécessaire pour localiser au lobe supérieur ces lésions, sous-scissurales en apparence.

Détermination de la projection des lobes pulmonaires sur l'écran radiocospique par injections du liquide opaque dans les bronches du cadavre

Il nous a semblé nécessaire, avant de déterminer le siège des lésions, d'individualiser l'image radiologique de chaque lobe pulmonaire, en dehors de

toute atteinte pathologique. Dans ce but, nous avons pratiqué, chez le cadavre, l'injection lipiodolée de chaque bronche lobaire.

Pour éviter toute infiltration de liquide dans les bronches des autres lobes, la bronche-souche était liée immédiatement au-dessous de la bronche épartérielle en cas d'injection du lobe supérieur droit, au-dessus et au-dessous de la première hypartérielle ventrale pour l'injection du lobe moyen et au-dessous de la première hypartérielle ventrale pour l'injection du lobe supérieur gauche.

Ces expériences ne sont évidemment possibles que sur des pièces anatomiques sans lésion pathologique d'aucune sorte.

La difficulté de transporter un cadavre à la radiologie nous a amené à étudier seulement la conformation radiologique des poumons en dehors de la cage thoracique ; néanmoins, les pièces transportées sous l'ampoule, après injection du lobe à étudier, étaient disposées dans une situation correspondant à celle qu'elles occupent dans la cage thoracique d'un individu vu de face à l'écran ; des couches de coton disposées latéralement soutenant la pièce et la maintenant sans déformation possible ; et la situation de chaque scissure et de chaque lobe étant bien contrôlée, conforme à la réalité, avant la prise du cliché.

Tout d'abord, l'examen des poumons prélevés sur des cadavres d'individus non tuberculeux (une vingtaine) nous a permis de constater la fréquence des ponts parenchymateux au niveau de la scissure,

entre le lobe moyen et le lobe supérieur droits, de ce fait très souvent incomplète sur une assez grande longueur. De nombreux auteurs avaient déjà signalé ce fait. Nous trouvons dans différents traités d'anatomie ces descriptions relatives à la division du poumon droit : D'après Winslow : « Ils sont divisés en 2 ou 3 portions qu'on appelle lobes ; le poumon droit en a souvent deux ou 3 1/2. Bichat : « Pour l'ordinaire au poumon droit le lobe supérieur est divisé en deux portions par une scissure secondaire qui, au reste, varie beaccoup plus que la première pour l'existence, la longueur et la profondeur ; quelquefois on ne la trouve point, plus souvent elle est incomplète. Cruveiller : « Il existe beaucoup de variations dans la disposition lobaire du poumon. Ainsi, quelquefois, les scissures et plus particulièrement celle qui limite le lobe moyen n'arrivent pas jusqu'à la racine du poumon. » Le professeur agrégé Hovelaque, dans son travail sur les lymphatiques, signale aussi la fréquence de ponts parenchymateux entre les lobes supérieurs et moyens ainsi que le Dr Garcin, dans son étude de l'anatomie radiologique du poumon. Sur les 20 sujets que nous avons examinés, nous n'en avons trouvé que 9 seulement chez lesquels le lobe supérieur était nettement délimité à la base par une scissure indépendante du lobe moyen sur toute sa surface. Nous avons rencontré une fois une absence totale de scissure supérieure, le poumon droit étant absolument semblable au poumon gauche. Dans aucun cas,

nous n'avons rencontré de pont parenchymateux entre le lobe moyen et le lobe inférieur droits, ni entre les lobes supérieurs et inférieurs gauches.

Poumon droit

Le lobe supérieur droit présente généralement la forme que nous voyons sur le cliché I, d'un cône arrondi au sommet et dont la délimitation inférieure est légèrement oblique, à inclinaison dirigée du hile vers la région axillaire.

Cliché I

Le lobe moyen a une forme plus variable, cependant, lorsque sa délimitation scissurale supérieure est complète, il présente généralement à la radio-

Cliché II

graphie l'image que nous voyons sur le cliché II, d'un triangle à base interne et à sommet externe. Sa partie supérieure recouvre complètement la région antéro-supérieure du lobe inférieur et sa portion inféro-interne recouvre la partie médiastinale du lobe inférieur, sur une largeur de 2 à 3 centimètres. Cette image correspond absolument à celles que nous trouvons dans la plupart des traités d'anatomie.

Nous n'avons vu qu'un cas où le lobe moyen descendait un peu moins bas et dont la forme triangulaire était moins nette. Nous n'avons pas rencontré d'images de ce lobe absolument comparables à celles décrites par MM. Sergent et Oury dans les observations de lobites moyennes et ayant l'aspect d'un triangle à base externe et à sommet interne.

Le lobe inférieur, dont la limite inférieure diaphragmatique se détache nettement et dont la limite supérieure de la région visible à l'écran se trouve indiquée par la base du lobe moyen rendu opaque, n'a pas été injecté ; comme nous l'avons vu, en étudiant la forme du lobe moyen, le lobe inférieur est recouvert par ce dernier sur une grande partie de sa région antérieure ; sa région inféro-externe surtout reste visible, son image correspond à celle d'un triangle à base externe et à sommet interne.

POUMON GAUCHE

Lobe supérieur : L'aspect de la région supérieure de ce lobe est à peu près comparable à celui du sommet droit, mais l'étendue du lobe est ici beaucoup plus vaste, le volume du lobe supérieur gauche égalant à peu près celui des lobes supérieur et moyen droits réunis. Sa limite affecte la forme d'une courbe partant de la base de la région supéro-externe et se dirigeant vers la région inféro-interne. Clichés III et IV.

Cliché III

Cliché IV

Lobe inférieur : Le lobe inférieur est, de haut en bas, recouvert dans presque toute sa partie antérieure par le lobe supérieur ; sa région inféro-externe, comme à droite, n'est visible que sur une étendue dont l'image est celle d'un triangle à sommet interne et à base externe.

Cette topographie est celle qui répond à la disposition anatomique du poumon sain. Il est évident qu'une atteinte pathologique peut modifier grandement les rapports des lobes entre eux ; les lésions congestives et pneumoniques peuvent augmenter leur volume et comprimer les régions voisines, alors que les processus fibreux déterminent des phénomènes de rétraction dont nous avons souligné l'importance en étudiant les images scissurales.

Du siége des lobites et de leur fréquence relative

Lobe supérieur droit. — Comme l'ont fait déjà remarquer les différents auteurs qui ont étudié spécialement la tuberculose lobaire, cette localisation s'observe surtout au lobe supérieur droit. Nous en trouvons sur 80 cas une proportion de 90 %. Bien que les lésions bacillaires siègent généralement avec une grande prédominance au sommet droit, un pourcentage aussi élevé est peut-être dû aussi à la visibilité de la scissure droite supérieure hyperplasiée sans grande variation d'incidence de l'ampoule.

Lobe moyen. — Jusqu'ici les observations de lobites moyennes étaient très rares, à part celle que décrit le Docteur Aris. Mais dernièrement le Professeur Sergent en décrivait plusieurs cas et individualisait cette localisation qui peut se rencontrer tant à l'état isolé qu'associée à des lésions des autres lobes et d'un diagnostic assez délicat d'avec celui de la pleurésie interlobaire. Nous n'avons qu'un cas à peu près comparable (Obs. 66).

Lobe supérieur gauche. — Nous ne relevons que 8 cas de lobites gauches, mais ici l'obliquité de la scissure est telle que, à moins d'une rétraction très prononcée de la plèvre interlobaire fortement épaissie, l'examen en vue latérale, seul peut la déceler et de ce fait peut ne pas être toujours diagnostiquée en tant que lobite.

Lobe inférieur. — Malgré la délimitation assez difficile à préciser, d'un envahissement total des lobes inférieurs, la lobite inférieure semble pouvoir exister tant à droite qu'à gauche. Nous en trouvons quelques observations dans la thèse du Docteur Aris, mais nous n'en avons personnellement jamais observée.

Etude clinique

Avant de chercher à préciser quels sont les modes de début de la tuberculose lobaire, quels signes radiologiques présente le malade au cours des diverses étapes de l'affection et quelle marche elle poursuit, selon qu'elle évolue livrée à elle-même ou soumise à un traitement rationnel, nous relatons les observations de quelques cas suivis à Laënnec dans le service du professeur Léon Bernard, et à la consultation du dispensaire Léon Bourgeois.

OBSERVATION I

A. R..., cordonnier, 20 ans.

Entre à Laënnec, salle Brissaud, le 1er mai 1925.

En novembre 1924, hospitalisé à Saint-Denis, pour appendicite (pas opéré). Reste 46 jours au régime. Ressent depuis un point douloureux sus-épineux droit. Assez mauvais état général.

25 mars 1925 : Plus fatigué, doit s'aliter, tousse, a quelques crachats hémoptoïques. Amaigrissement : 3 kgr. Température 37°5 à 38°.

Actuellement sub-fébrile, tousse et crache peu. B. K. +.

Examen radioscopique : 11 mai. Infiltration massive du

lobe supérieur droit avec abaissement léger de la scissure. Le reste du champ pulmonaire paraît normal.

A gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique :

En avant : Poumon droit : Matité sous la clavicule, râles bulleux dans la fosse sus-claviculaire.

En arrière : Vibrations augmentées. A droite, sub-matité au sommet ; râles bulleux après la toux dans la fosse sus-épineuse. Retentissement de la toux et de la voix.

A gauche : inspiration granuleuse et soupçons de craquements dans la région inter-scapulo-vertébrale.

Cliché : 21-1-25. Densification presque homogène un peu pommelée du lobe supérieur droit, avec une limite inférieure nette, comme tracée à la règle à mi-hauteur du thorax. Le lobe inférieur sillonné d'asssez riches arborisations pédiculaires, semble indemne de taches parenchymateuses.

A gauche : I. T. N.

Augmente de poids de 2 kgr. ; tousse moins ; état général très amélioré ; rentre chez lui le 13-7-25.

Examen radioscopique du dispensaire : le 26-6-26. On ne voit plus qu'une ligne convexe barrant l'hémi-thorax droit et semblant être un vestige de périscissurite. Le lobe supérieur est sensiblement de même transparence que le lobe inférieur. Il est barré par une autre bande linéaire oblique en haut et en dehors du hile au sommet. Les ombres pédi-péri-vasculaires sont plus marquées qu'à gauche.

Examen stéthacoustique :

Poumon droit. En arrière : Sub-matité du tiers supérieur. Vibrations augmentées. Quelques râles secs fins après la toux. Quelques sibilants dans les zones sus et sous-épineuses.

A droite : Sub matité sous la clavicule. En arrière : respiration diminuée, quelques râles très fins après la toux (signes semblant plutôt pleuraux).

Rien à gauche.

Ne crache ni ne tousse ; pas de température ; très bon état général ; travaille.

OBSERVATION II

Mme M. L..., 24 ans, sans professsion.

Hospitalisée le 16 novembre 1925, parce qu'elle tousse depuis un an.

La malade vient d'accoucher le 2 novembre d'un enfant bien constitué. Un peu avant le début de la gestation : hémoptysie décembre 1924 (un demi-verre de sang). La malade dit n'avoir jamais eu de température. Crache souvent depuis.

Examen des B. K. = +.

Ganglion sus-claviculaire gauche augmenté de volume d'une façon appréciable depuis quelques mois (grosseur d'une orange).

Antécédents héréditaires :

Père tousseur. Mère décédée suite de couches, toussait aussi.

Actuellement toux et expectorations fréquentes.

Voix voilée depuis 3 à 4 semaines. Température 37°5 à 38°

Cuti + + .

Examen stéthacoustique :

A droite, en arrière : matité dans le tiers supérieur. Vibrations diminuées. Quelques craquements dans la fosse sus-épineuse. En avant : sub-matité. Pas de bruits adventices. Rien à gauche.

Radioscopie :

Lobite supérieure droite. A gauche : I. T. N.

17 novembre : Rétraction du cœur à droite. Lobe supérieur droit gris, mie de pain. Pas d'anomalie à gauche.

Cliché : Lobite supérieure droite typique. L'ombre lobaire se trouve creusée d'une spélonque volumineuse de 6 à 7 cm. × 4. Le reste du champ pulmonaire ne présente qu'une aug-

mentation un peu marquée des ombres broncho-vasculaires qui forment un fin reticulum.

Champ pulmonaire gauche : normal à cela près qu'on note un fin réticulum péri-bronchique près du hile.

Examen stéthacoustique :

En arrière, à droite : matité dans le tiers supérieur de l'hémithorax. Inspiration rude, expiration soufflante. Craquements secs dans la région inter-scapulo-vertébrale. A gauche : inspiration rude, expiration prolongée.

En avant : à droite : sub-matité sous la clavicule, râles bulleux à timbre éclatant.

Le pneumothorax thérapeutique, institué le 29-9-25, est cessé pour cause de manque de décollement. La malade ne fait plus de température. Augmente de poids de 1 k. 500 en 3 semaines et rentre chez elle, revenant de temps à autre au dispensaire.

Le 9 juin 1926 : *Les signes stéthacoustiques* sont les mêmes qu'auparavant à droite, mais à gauche on entend quelques sibillants au sommet.

La radioscopie ne décèle cependant aucune lésion nouvelle. Lobite supérieure droite strictement localisée ; le reste du champ pulmonaire est normal, de même que le côté opposé.

Le 29-7-26 : Les signes stéthacoustiques et radioscopiques sont les mêmes. La malade se plaint de douleurs lombaires violentes. Elle dit avoir maigri de 2 kilos en un mois et avoir 39° de température plusieurs fois par semaine. Très mauvais état général. Les urines sont troubles ; l'homogénisation n'y décèle pas de B. K. L'inoculation au cobaye est pratiquée. Suivie au dispensaire.

OBSERVATION III

R. M..., sans profession, 23 ans, hospitalisée crèche Landouzy, le 27-5-24.

Enceinte de 6 mois, tousse et crache depuis 3 mois, sueurs nocturnes, amaigrissement. B. K. = +.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

A eu 4 enfants dont les 3 premiers sont morts, soit de méningite, soit de broncho-pneumonie.

Examen radioscopique :

Champ pulmonaire G. : I. T. N. Le C. P. Dt. est occupé par 2 foyers d'ombre : l'un au lobe supérieur a forme de lobite excavé sous la clavicule et nettement arrêté à la scissure. Un autre à limites plus floues situé sur le trajet de la bronche inférieure, sans aspect cavitaire.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité dans tout le tiers supérieur. Vibrations diminuées.

Souffle tubo-cavitaire, gargouillements, retentissement spéloncaire de la toux. En avant, sub-matité sous la clavicule, souffle spéloncaire et gargouillements. A gauche, inspiration forte.

Cliché : Image comparable à celle décrite à l'examen radioscopique.

Le pneumothorax est institué le 10-7-24 :

Examen radioscopique : Petite bande de décollement médiastinale, pas de trace de décollement à la paroi externe du thorax, ni au niveau du diaphragme. Densification de forme triangulaire occupant le tiers supérieur, sauf à sa partie interne, plus épaisse au-dessus de la scissure. Petite plage claire au niveau de la partie moyenne de cette densification. A noter que la base de la densification a un caractère scissuraire.

Pneumothorax arrêté faute de décollement ; rentre chez elle ; accouche en septembre 24. A ce moment, état stationnaire, pas revue depuis.

OBSERVATION IV

P. K..., 41 ans, dessinateur.

Hospitalisé le 29-1-26.

Tousse et crache depuis 1915 ; 1917, asthénie, amaigrissement 7 kgr. ; 1920, hémoptysie tous les jours pendant une semaine ; 1923, congestion pulmonaire base droite ; 1925, congestion pulmonaire sommet gauche, tousse, crache beaucoup, interrompt son travail.

Actuellement, température 37°5 à 38°. Tousse et crache beaucoup. B. K. = +. Mauvais état général.

Examen radiologique : Sinus costo-diaphragmatique droit et gauche, mousse. Forte rétraction de la trachée à droite, densification du lobe supérieur droit avec rétraction de la scissure ; aspect en mie de pain autour de la clavicule. Riche lacis de marbrures et petites taches péripédiculaires gauches dans la région de la bronche supérieure.

Examen sthéthacoustique : En avant, à droite : sub-matité, vibrations augmentées, râles bulleux dans la fosse sus-claviculaire. A gauche, respiration faible, quelques frottements. En arrière, à droite : matité au sommet, souffle tubo-cavitaire bronchophonie, râles bulleux dans la fosse sus-épineuse. Quelques sibilants jusqu'à la pointe de l'omoplate. A gauche : sub-matité, râles bulleux après la toux dans la fosse sus-épineuse.

Sorti sur sa demande le 8 février 1926 ; température 37°-38°. B. K. = +. Etat stationnaire.

Ecrit, le 20-5-26, que son état est amélioré, qu'il tousse et crache moins et a repris du poids.

OBSERVATION V

B. B..., sans profession, 21 ans.

Hospitalisée Salle Dieulafoy, Hôpital Laënnec, 8-3-26.

Le début semble remonter à deux ans. La malade allaitait son enfant de 13 mois qui mourut de coqueluche compliquée de broncho-pneumonie.

A ce moment, elle commence à tousser et cracher, elle est soignée pour congestion et pleurésie sèche à droite.

Température 38°5, amaigrissement, quelques crachats de sang.

Elle va se reposer, à la campagne, deux mois, et sent une réelle amélioration. Il y a 3 mois, elle fait de nouveau une congestion pulmonaire. Elle remarque quelques filets de sang dans ses crachats. Elle tousse de plus en plus, maigrit de 3 kgr., a des sueurs nocturnes, et des points de côté douloureux.

Antécédents héréditaires : Aucun antécédent tuberculeux.

Antécédents personnels : Bien portante jusqu'à il y a deux ans.

B. K. = +. Assez bon état général. Pas de température.

Examen radioscopique : 10-3-26. A droite : infiltration du lobe supérieur avec aspect en « mie de pain » (limite scissurale inférieure nette).

Examen stéthacoustique : 20 mars. Poumon droit, en avant sub-matité sous la clavicule. Inspiration rude, expiration prolongée et soufflante.

En arrière, à droite : Matité dans les fosses sus et sous-épineuses. Vibrations augmentées. Souffle tubo-cavitaire, bruits secs, surtout inspiratoires, non renforcés à la toux. Bronchophonie. Rien à gauche.

Cliché : 14-3-26. Taches et marbrures couvrant le tiers supérieur du champ pulmonaire droit prédominant à la moitié supérieure et même au tiers supérieur moyen (mie de pain sous la clavicule). Ombre scissurale nette.

Examen radioscopique : 20-4-26. Forte rétraction à droite. Pas de défaut de transparence à gauche.

Le pneumothorax institué le 16 mars ne peut être continué pour cause de manque de décollement. La malade crache et tousse moins, augmente de poids, ne fait pas de température et sort de l'hôpital le 28-5-26. Suivie au dispensaire.

OBSERVATION VI

L. P..., receveur des Postes, 58 ans.

Entré à l'Hôpital Laënnec, salle Hanot, le 24-2-25.

Se sentait fatigué depuis 4 ans, toussait, crachait un peu. Il y a 2 ans, perte de connaissance subite. Après un léger repos a repris son travail ; cependant, se sentant de plus en plus affaibli, s'arrête au milieu de janvier. Tousse, crache, présente de l'anorexie et un amaigrissement marqué.

Examen radioscopique : 26-2-25. Distension emphysémateuse du champ pulmonaire gauche et de l'extrême base droite. Rétraction du cœur à droite. Forte rétraction de la partie juxta-centrale de l'hémi-diaphragme droit.

Transparence uniforme du champ pulmonaire gauche.

A droite : des opacités assombrissent le sommet ; la limite inférieure de la zone apexienne infiltrée est constituée par une ombre scissurale débordée au-dessus par des taches. D'autres lésions siègent entre le tiers moyen et le tiers inférieur du champ pulmonaire, comme si elles étaient groupées autour de la scissure. Une irradiation étroitement localisée révèle l'existence d'aspect en mie de pain.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : sub-matité du tiers supérieur ; vibrations augmentées, souffle tubo-cavitaire, quelques râles bulleux. En avant, mêmes signes. A gauche: quelques râles sibilants.

Température : 38°-39°. Très mauvais état général. Toux et expectoration fréquentes, rentre chez lui sur sa demande : 18 avril 1925.

Décédé juin 1925.

OBSERVATION VII

A. M..., 19 ans, sans profession.

Hospitalisée le 23 octobre 1924.

Début brusque il y a 4 mois. La malade ressent un point

de côté gauche, avec frisson, et, pendant 8 jours, fait une température à 39°. Tousse un peu seulement. Va faire un séjour de deux mois à la campagne, mais continue à tousser le matin. A son retour, vient du dispensaire : l'examen des crachats est positif.

Antécédents personnels : Coqueluche dans la première enfance. Aucune autre maladie. Bien portante jusqu'ici.

Antécédents héréditaires : Aucun antécédent tuberculeux.

Antécédents collatéraux : Un frère atteint du mal de Pott à 7 ans. Décédé congestion pulmonaire. Vivait avec le malade.

Etat actuel : La malade tousse peu et expectore très peu. Pas de sueurs nocturnes. Amaigrissement de 2 kilos depuis 4 mois.

Examen radioscopique : 24-10-24. Champ pulmonaire gauche. Radioscopiquement normal. A droite, zone de densification au niveau de la scissure supérieure avec aspect de mie de pain. Dans le segment interne, arborisation très marquée sur le lobe inférieur.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : en avant, inspiration rude, expiration prolongée, gros râles bulleux. En arrière, vibrations augmentées, matité, souffle tubo-cavitaire. Quelques craquements secs dans la région inter-scapulo-vertébrale.

A gauche : expiration soufflante.

Cliché : 30 octobre 1924. Scoliose cervico-dorsale à grande concavité droite. Champ pulmonaire droit : rétraction costale et diaphragmatique. Densification homogène du lobe supérieur à limites inférieures peu nettes avec empâtement considérable du hile. A gauche : hile arborescent et épaissi, avec quelques taches calcifiées sur ces arborisations.

Pneumothorax le 30-11.

Radioscopie : Pneumothorax droit. Refoulement du cœur à gauche. Pas de liquide. Décollement apection complet. Décollement moins complet à la base.

Champ pulmonaire gauche : normal.

Deux insufflations. La malade refuse la continuation du traitement et rentre chez elle. Pas de température. Bon état général.

OBSERVATION VIII

C. G..., 21 ans, s. p.

Radioscopie : Au dispensaire le 30-5-25. Lobite supérieure droite ; le lobe supérieur, très augmenté de volume, est occupé par une opacité, surtout foncée à la partie inférieure, où elle se termine par une bande scissurale surtout nette dans les incidences hautes. L'opacité du lobe supérieur n'est pas homogène ; mie de pain. Vraisemblablement, spélonque à hauteur de la clavicule.

Poumon gauche : la région péri-hilaire paraît discrètement tachée à la partie supérieure.

Hospitalisée 1er juin 1925.

La malade fait remonter le début de son affection à 2 ans, date à laquelle elle a remarqué quelques filets de sang dans les crachats.

Actuellement, elle est enceinte de 8 mois pour la première fois.

En décembre 1924, après un refroidissement, elle a souffert d'un point de côté droit qui a duré de 2 à 3 jours, mais elle a continué à travailler. Hémoptysie le 6 mai (un mouchoir de sang).

Actuellement elle présente un assez bon état général ; a une toux grasse avec expectoration muco-purulente, température 37°8 à 38° le soir. L'amaigrissement est peu marqué.

Antécédents personnels : Grippe en 1923.

Mari tousseur.

Antécédents héréditaires : Mère tousseuse.

Examen stéthacoustique : En arrière, à droite, sub-matité

au sommet ; vibrations normales ; râles bulleux fins. En avant : sub-matité sous la clavicule. Rien à gauche.

2-6-25 et 8-6-25 ; 13 et 14-6-25 : crachats sanglants.

Cliché : Champ pulmonaire droit : rétraction thoracique au niveau de la partie moyenne. Plage d'ombre homogène à limite inférieure linéaire convexe vers le bas, à limite supérieure dégradée ; sous le milieu de la clavicule, spéléomorphie de 5 cm. de grand axe sur 3.

Le reste du champ pulmonaire est parsemé de taches et marbrures, surtout nettes à la partie interne juxta-médiastinale et prenant au niveau du hile aspect de mie de pain.

Champ pulmonaire gauche : Masse d'ombre confluente formée par le bord gauche de l'ombre cardiaque et le bord gauche de l'artère pulmonaire.

La malade est envoyée à Beaudeloque où elle accouche d'un enfant vivant pesant 2 kgr. 800, qui est envoyé à la campagne ; elle rentre chez elle. Son état se maintient stationnaire.

OBSERVATION IX

M. T. H..., 16 ans, sans profession.

Entre à Laënnec, salle Mosny, le 5-9-25.

Depuis une grippe en 1918, la malade toussait fréquemment. Il y a 10 jours, bronchite, point de côté n'apparaissant qu'à la toux.

Tousse le matin surtout, crache peu. B. K. = - + -

Amaigrissement, sueurs nocturnes, sub-fébrile. Etat général très mauvais.

Antécédents héréditaires : Parents morts jeunes (?).

Antécédents personnels : Grippe en 1918.

Examen radioscopique : A droite, taches et marbrures sur tout le lobe supérieur. Limite scissurale nette. Une spélonque sous la clavicule ; marbrures au lobe moyen. Rien à gauche.

Examen stéthacoustique : En avant : Matité sous la clavicule. Râles bulleux moyens.

En arrière : matité au sommet droit. Vibrations augmentées. Souffle tubo-cavitaire ; râles bulleux dans la zone sus-épineuse, bronchophonie.

La malade rentre chez elle sur sa demande le 25-9-25.

Décédée avril 1926.

OBSERVATION X

K. S..., 31 ans, couturière.

Vient au dispensaire le 19-1-24.

Radioscopie :

A droite, plage d'ombre occupant le sommet à limite inférieure floue ; à type lobaire ; ombres hilaires très développées avec quelques taches de calcification.

Hospitalisée 20 mars 24.

Aucun antécédent tuberculeux.

A. P. : Bien portante jusqu'en 1919.

A commencé à tousser pendant la guerre, il y a 5 ans, sans pertes de forces. Une hémoptysie il y a 2 ans ; une seconde il y a 2 mois ; une 3e il y a 15 jours. Amaigrissement de 5 kgr. depuis 6 mois qu'elle habite Paris.

Actuellement, toux fréquente la nuit surtout ; douleur dans la région scapulaire droite, expectoration abondante, avec quelquefois des filets de sang, perte de l'appétit, asthénie. Température subfébrile.

Examen stéthacoustique : En avant, matité au sommet droit, augmentation des vibrations, râles bulleux dans les fosses sus-claviculaires ; inspiration rude ; expiration prolongée.

En arrière, sub-matité au sommet droit, inspiration rude ; expiration prolongée, souffles tubo-cavitaire, râles bulleux, gros frottements pleuraux dans la région axillaire jusqu'à la base.

Radioscopie : A gauche, T. T. N. A droite, lobite supérieu-

re accompagnée de rétractions costales et trachéales, pas de rétraction cardio-aortique ; contour diaphragmatique très festonné à sinus costaux diaphagmatiques, peu mobiles ; aspect cavitaire du lobe supérieur. A gauche, tiers supérieur assombri.

Cliché : 2 avril 1924. Forte densification du quart supérieur à limite inférieure nette, paraissant répondre à l'interlobe ; spélonque arrondie au centre de cette ombre ; taches et marbrures sur le reste du champ pulmonaire. Diaphragme aplati et irrégulier, sinus mousse, rétraction thoracique.

Champ pulmonaire gauche, nombreuses taches à contours flous, arborisation épaisse sur le deux tiers supérieurs du champ pulmonaire.

Hile touffu et épaissi avec nid d'abeilles péri-hilaire.

B. K. = +.

Cuti + +.

Augmentation de poids de 4 kgr. en un mois et demi, subfébrile.

Assez bon état général ; sortie le 13-5-24.

Pas suivi.

OBSERVATION XI

C. R..., 20 ans.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Louis, le 20-9-23.

A commencé à tousser il y a 3 mois et à souffrir d'un point de côté à droite. Température régulière ; pas de sueurs nocturnes. Tousse et crache le matin surtout. B. K. +. Bien portant jusque là.

Antécédents héréditaires : Père mort il y a 3 ans congestion pulmonaire ; mère bien portante.

Radioscopie : Champ pulmonaire gauche radioscopiquement normal. Légère rétraction de la trachée à droite. Densification massive du lobe supérieur droit avec limite inférieure très nette en dehors, un peu dégradée en dedans. Spélonque

de 2 à 3 cm. de diamètre, entre la clavicule et la scissure. Des marbrures foncées partent du pédicule pulmonaire et dessinent un aspect cavitaire ou speudo-cavitaire en dehors de celui-ci ; quelques taches à la partie moyenne.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite : sub-matité au sommet, expiration rude, inspiration prolongée et soufflante. En arrière : sub-matité dans le tiers supérieur ; souffle tubo-cavitaire ; râles bulleux, bronchophonie.

L'autorisation du pneumothorax est refusée. Le malade, après un mois d'hospitalisation, rentre chez lui. Son état général est amélioré. Augmentation de poids de 3 kgr. La toux et l'expectoration sont moins fréquentes.

Actuellement en sanatorium. Sa mère dit l'état général de son fils peu satisfaisant. Tousse, crache ; est sub-fébrile.

Mode de début

Chez la majorité des malades, l'évolution de la tuberculose lobaire est progressive. Le fait sur lequel le Professeur Léon Bernard et le Dr Bethoux ont insisté dès leurs premières publications, est absolument confirmé par notre statistique. Dans 62 % des cas, le début exact ne peut être précisé. Il s'agit de malades dont les forces diminuent progressivement depuis une époque mal déterminée, amaigrissement, état sub-fébrile, toux et expectoration apparaissent et augmentent jusqu'au moment où ils se décident à venir consulter.

Dans 38 % des cas, les malades localisent avec une certaine netteté dans le temps ce qu'ils considèrent comme le début de l'affection ; parfois même ils précisent le jour où ils sont tombés malades : il s'agit

d'un rhume, d'une bronchite, d'un épisode aigu fébrile. A tout prendre, l'interrogatoire précise que, pendant quelques jours, ils ont présenté de la fièvre, de la toux, quelques douleurs thoraciques ; depuis ce moment, ils ont noté une persistance de la toux, une diminution des forces et de l'amaigrissement.

Si, par une analyse plus minutieuse des symptômes on remonte davantage dans le passé de tels malades, on interroge l'entourage, on découvre qu'avant l'épisode aigu qui a attiré leur attention, il y avait déjà, depuis un temps mal déterminé, un état de fatigue, des « bronchites » répétées chaque hiver. Parfois, un contact tuberculeux, plus ou moins lointain, précise plus sûrement que les symptômes les débuts de la réinfection exogène. Plus fréquemment encore, peut-être, il s'agit d'un contact familial remontant à l'enfance, et nous ne saurions trop insister ici sur le rôle primordial des causes anergisantes, qui peuvent favoriser la réinfection endogène. Combien de fois les troubles pulmonaires ou les signes généraux sont-ils apparus à la suite d'une maladie anergisante (grippe, rougeole, coqueluche), d'une des étapes de la vie génitale de la femme : grossesse, accouchement, allaitement.

Dans six observations (7 % seulement des cas), nous avons relevé les débuts pneumoniques qu'Aris dans sa thèse, considère comme relativement fréquents : points de côté violents, frissons, température à 40°, qui se maintient élevée plusieurs jours,

toux fréquente, expectoration souvent abondante, parfois hémoptoïque.

L'interrogatoire, ici, ne révèle pas d'histoire pulmonaire antérieure ; mais il faut noter un contact tuberculeux ou une atteinte lointaine remontant à l'enfance et oubliée depuis. Cette notion d'ailleurs presque banale à l'heure actuelle, en phtisiologie, n'a rien de très particulier aux lobites. Il est nettement avéré que toute tuberculose de l'adulte, si elle n'est pas le fait d'une réinoculation massive, phénomène relativement rare, constitue le réveil sous l'action d'une cause anergisante d'une tuberculose de l'enfance, disons même de la première enfance.

Chez un seul de nos malades, une hémoptysie a signalé le début de l'affection sans qu'aucun antécédent héréditaire ou personnel n'ait permis de soupçonner l'infection bacillaire préalable ; vraisemblablement, celle-ci a été méconnue.

Quoi qu'il en soit, le début clinique brutal, qui est aussi un début anatomique, puisque, chez quelques malades suivis de longue date, on a pu voir l'opacité radiologique d'un lobe se constituer avec une rapidité extrême, nous semble assez rare. Quelques auteurs (MM. Rist, Sergent et Aris), bien loin de le déclarer constant, le considéraient cependant comme assez caractéristique des tuberculoses lobaires. Nous ne l'avons observé, pour notre part, que 7 fois sur 100.

La plupart des débuts que précisent les malades ne sont brusques qu'en apparence et déclanchés par

une cause occasionnelle. Dans le plus grand nombre des cas, la maladie a suivi une marche lente et chronique et son début n'a pu être précisé.

Signes stéthacoustiques fournis par l'examen

Le diagnostic de lobite est radiologique et non stéthacoustique.

Cependant l'examen physique du malade est représenté par un schème presque toujours semblable. Il s'agit, en effet, soit d'un syndrome de condensation, soit de ramollissement.

Dans le premier cas, on trouve à la percussion de la submatité limitée en avant par le troisième espace intercostal, et en arrière par une ligne située environ à trois travers de doigts sous l'épine de l'omoplate. Les vibrations sont exagérées. A l'auscultation, on note une diminution du murmure vésiculaire, l'inspiration est rude, l'expiration prolongée et soufflante, souvent même on perçoit un souffle tubo cavitaire, de la bronchophonie et presque toujours de la pectoriloquie aphone.

De la matité et le silence respiratoire dans une zone localisée, peuvent être le seul signe.

Lorsque les lésions sont plus avancées, les râles bulleux sont plus éclatants et plus gros, souvent accompagnés de craquement qu'on perçoit jusque dans l'aisselle et qui indiquent l'évolution caséeuse. Enfin, en cas de cavernes importantes, le souffle peut être nettement cavitaire avec ou sans gargouil-

lements ,suivant l'état de la spélongue, mais, comme nous le savons, ces signes peuvent correspondre à des lésions de l'apex, sans caractère lobaire et le diagnostic de lobite n'est possible qu'avec le secours des rayons de Rœntgen.

Signes radiologiques

Nous avons vu quelles étaient les règles de l'examen et à quelles précautions donne lieu l'obliquité des plans scissuraux et les déformations pathologiques des scissures.

La radioscopie qui permet de varier les positions de l'ampoule et d'observer les lésions sous des incidences variables donne des indications topographiques souvent plus exactes que les clichés.

,,La radiographie prise en position frontale, comme il est de coutume, ne permet la localisation précise qu'en cas de lobite supérieure droite, s'il s'agit de lobite gauche, de lobite droite inférieure ou moyenne, des indications doivent être données quant à l'incidence sous laquelle doit être radiographié le malade.

Le diagnostic topographique établi, il importe encore de savoir à quel stade anatomique se trouve la lésion : une opacité régulière et sombre indique une condensation homogène. Parfois ce sont des taches et marbrures plus ou moins confluantes, condensation non homogène, ou bien le bloc sombre présente des taches claires qui décèlent des pertes de

1. — Lobite à plage homogène.

2. — Taches et marbrures.

3. — Avec plusieurs spélonques.

substance, image en mie de pain, en nid d'abeilles, parfois cavités confluentes ou spelonques énormes qui peuvent occuper le lobe presque entièrement. Les cavernes sont parfois nettement dessinées par un cerne sombre, indiquant l'hyperplasie fibreuse. Sch. 1-2-3-4.

Le lobe peut être volumineux, l'opacité généralisée, s'étendant jusqu'à la partie moyenne de l'hémithorax, mais avec une limite inférieure scissurale tdujours nette dont la courbe se trouve inversée et concave vers le haut. Ce sont les cas les plus rares. Nous n'en trouvons que 3. (Shéma 5).

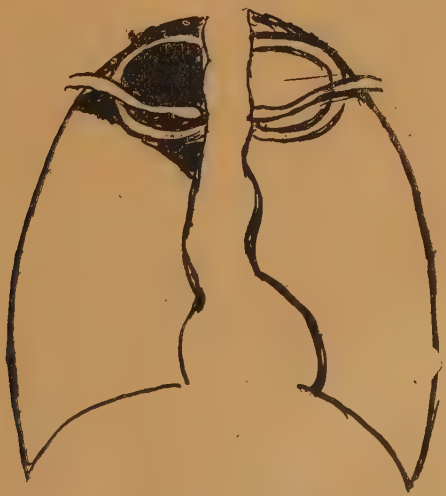
En général, le lobe est au contraire diminué de volume, la scissure très épaissie est remontée anormalement, on a l'impression de se trouver en face d'un processus de sclérose, qui rétracte le lobe soit régulièrement, en entier, la scissure restant plane, mais oblique, schéma 6, soit inégalement, et la ligne interlobaire est alors plus convexe que normalement.

Quelquefois, le lobe moyen se trouve entraîné vers le haut par la symphyse de l'interlobe, mais le fait est l'exception, dans les lobites récentes les adhérences pleurales étant rares ainsi que le prouve, en cas de pneumothorax, la rétraction des lobes sains, tandis que le lobe condensé conserve la forme dite de chapeau de gendarme.

Notons, ici, ce qui est d'ailleurs une règle générale, des pathologies pulmonaires, la discordance fréquente entre les signes stéthacoustiques et radio-

4. — Avec vaste spelonque.

5. — Lobe supérieur volumineux.



6. — Scléreuse réaction.

logiques. C'est le siège des cavités, leur taille et surtout la densification du tissu environnant, qui règlent les spmptômes physiques cavitaires.

Quant à la scissure, elle peut être marquée seulement par la limite du bloc condensé et la clarté parenchymateuse du lobe voisin indemne, ou se dessiner comme une ligne sombre lorsque hyperplasiée.

Lobite associée à d'autres lésions. — Enfin, la radiologie précise l'existence et la nature des lésions associées, calcifications, rétractions fibreuses ou taches disséminées dont les clichés détermineront la nature, l'évolution ou non, et qu'une auscultation attentive permet dans certains cas de soupçonner. L'existence de ces lésions associées pose une grave question pronostique. Ce peuvent être des lésions antérieures cicatrisées ou torpides, qui constituent une preuve sérieuse de l'atteinte préalable du poumon où va évoluer la tuberculose lobaire.

Chabaud relate quelques observations probantes de lobites surajoutées à d'anciennes atteintes de tuberculose pulmonaire. Elles expliquent les lésions de chronologie différente sur lesquelles Bethoux insiste dans sa thèse. Cependant, l'évolution des tuberculoses lobaires suivie par les méthodes des clichés successifs montre l'atteinte ultérieure d'autres territoires pulmonaires plus fréquemment.

Nous n'avons pas observé personnellement d'envahissement lobaire inférieur massif. Il s'agit, le plus souvent, de taches disséminées siégeant du mê-

me côté, parfois et plus tardivement du côté opposé à point de départ hilaire.

Les lésions surajoutées témoignant de l'envahissement pulmnaire rendent sévère le pronostic.

Evolution

C'est la radiologie qui fait affirmer la lobite. C'est elle qui permet de porter un pronostic. C'est elle encore qui, par des exaxmens pratiqués en série, nous permettra de suivre son évolution.

Il est rare, en effet, que l'aspect des lésions reste pendant une durée relativement longue identique à lui-même. Bethoux en relate un cas demeuré sans modification pendant six mois. Le fait n'est pas fréquent et ne doit se produire que si la lésion lobaire est déjà stabilisée par la réaction fibreuse.

Nous étudierons successivement l'évolution locale de la lésion lobaire puis celle des lésions associées secondairement apparues.

Evolution locale de la lobite. — Trois cas peuvent se présenter :

L'opacité homogène, ou non du lobe s'éclaircit. La lésion évolue vers la caséification et la nécrose, le processus cavitaire pouvant subir d'ailleurs ultérieurement l'évolution fibreuse. La fibrose prédomine.

Eclaircissement de la lésion. — La lobite peut s'éclaircir en quelques jours. C'est l'évolution la

moins courante et qu'on ne rencontre guère que chez les malades atteints d'autres lésions tuberculeuses, on voit alors l'invasion brusque d'un lobe intact jusque là se déceler par l'opacité radiologique. Les signes stéthacoustiques faisant défaut. ,

Au bout d'un espace de temps très court, le lobe reprend sa transparence normale. M. Triboulet, interne du Professeur Léon Bernard, en avait remarqué un cas qui fut publié dans la thèse du Dr Chabaud.

La nature de ces condensations lobaires passagères a été très discutée, sa présence chez des tuberculeux avérés fait seul préjuger de leur nature bacillaire. Encore quelques auteurs ont-ils voulu les considérer comme des épisodes pulmonaires banaux, processus congestifs ou pneumoniques d'origine pneumococcique localisés au voisinage de nodules tuberculeux. Ces véritables points d'appel de l'infection joueraient le rôle d'épine irritative (poussées congestives, périphymiques de Caussade et Milhit.

Il semble qu'on doive admettre un processus pneumonique d'alvéolites tuberculeuses, analogue à celui que réalisa expérimentalement Auclair en injectant dans la veine marginale de l'oreille du lapin une toxine extraite du bacille de Koch.

Quelques cas cliniques vérifient la nature tuberculeuse de ces épisodes pneumoniques, transitoires, c'est la persistance d'une petite image sombre qui ne paraissait pas à l'épisode première.

Les faits pourraient être rapprochés de certains cas de primo-infection tuberculeuse chez le nourrisson qui se traduit d'emblée par l'opacité massive d'un lobe pulmonaire. Les clichés successifs montrent l'éclaircissement des lésions et ultérieurement une seule petite tache très sombre qui répond à l'image du chancre d'inoculation avec, au niveau du hile, l'ombre de l'adénopathie satellite. (Observation de Ribadeau-Dumas, dans son livre « Les Débuts de la tuberculose humaine »).

Le plus souvent cet éclaircissement des lésions se produit progressivement et s'accompagne d'une réaction fibreuse indiquée à l'examen radiologique, par une ligne sombre au niveau de la scissure et qui peut, par la suite, rester le seul vestige de la région lobaire. Nous constatons ces faits dans l'bservation 1 et dans les suivantes :

OBSERVATION XII

M. A..., emballeur, 15 ans.

Entre à l'Hôpital Laënnec, Salle Hénot, le 12-1-25.

Bien portant jusqu'en avril 1924. Depuis, tousse un peu, sans expectoration, et se sent souvent fatigué. En décembre 1924, hémoptysie. Depuis, tousse plus et a des expectorations, le matin surtout ; sueurs nocturnes.

Température : 37°5 à 38°. B. K. +.

Radioscopie : 16-1-25. Rétraction de la partie juxta-centrale de l'ombre hépato-phrénique. Sinus phréno-péricardique droit complètement fermé. Très légère rétraction respiratoire du médiastin vers la droite. Sinus costo-diaphragmatique droit et gauche aigus, clairs, mobiles. Lobe supérieur droit

opaque avec limite inférieure nette scissurale. Une irradiation étroitement localisée dévoile l'existence d'une zone un peu plus claire, posant l'hypothèse de spéléomorphie.

Diminution légère de la transparence du champ pulmonaire gauche avec fines taches et marbrures.

Examen stéthacoustique : 5-1-25. En avant : sommet droit : matité, gargouillement sous la clavicule. En arrière, matité, souffle tubo-cavitaire, gros râles bulleux après la toux dans la zone d'alarme. Bronchophonie.

16-1-25 : Mêmes signes. Quelques râles bulleux au sommet gauche.

Sort le 16-4-25. Présentant un bon état général, n'ayant plus de température et ayant augmenté de poids de 10 kilos en 4 mois.

Revient au dispensaire le 26-4-26. *Radioscopie :* Aspect nuageux seulement du sommet droit.

Examen stéthacoustique : Sub-matité dans le tiers supérieur de l'hémithorax droit. Vibrations augmentées. Quelques râles fins après la toux en avant et en arrière (peut-être pleuraux).

Très bon état général. Ne tousse pas, ne crache pas. Examen des B. K. négatif depuis plusieurs mois.

OBSERVATION XIII

Mme B..., 37 ans, ménagère, hospitalisée le 29-8-25.

Depuis l'enfance, a des bronchites, à la même époque, entre février et mars. Cette année, après l'accouchement de deux jumeaux, la toux devient fréquente, accompagnée de crachats abondants. B. K. +. Sueurs nocturnes. Elle nourrit ses deux enfants jusqu'au 15 août ; à cette date, forte hémoptysie nécessitant l'entrée à l'hôpital.

Antécédents héréditaires : Pas d'antécédents tuberculeux.

Antécédents personnels : Carreau dans l'enfance, bronchites fréquentes.

Mari bien portant.

6 enfants, 4 décédés à : 20 mois, 20 mois, 11 jours, 5 mois, de broncho-pneumonie.

Actuellement, vomissements fréquents, appétit médiocre. Toux et expectoration abondantes. *Température* oscillant entre 37 à 38°5.

Examen radiologique : A droite : taches et marbrures confluentes, occupant le tiers supérieur (lobite supérieure droite). A gauche : taches et marbrures plus discrètes entre le hile et la clavicule.

Examen stéthacoustique : Sub-matité au sommet droit, vibrations exagérées, quelques sibilants jusqu'à la moitié supérieure de l'hémi-thorax. En arrière : matité du sommet droit, râles bulleux fins, inspiration rude, expiration soufflante et prolongée. Pectoriloque aphone.

Bon état général, température régulière, légère augmentation de poids, est envoyée à Ivry.

Revient au dispensaire le 26-4-26.

Radioscopie : Obscurcissement du lobe supérieur droit. Les incidences hautes montrent une lobite rétractée, limitée en bas par une bande interlobaire à coupole typique. Cette lobite est d'une opacité moyenne. Lésions en voie d'éclaircissement probable. Forte déviation trachéale. Légère attraction du cœur à droite.

La transparence du sommet gauche n'est pas parfaite et est altérée par des taches plus nettes à la toux. Diaphragme droit : aplati, peu mobile, mousse.

Examen stéthacoustique : En arrière : matité du sommet droit, vibrations augmentées, souffle tubaire, râles bulleux après la toux. En avant : quelques râles fins au sommet droit ; bronchophonie. A gauche : légère sub-matité. En arrière : râles fins sommet gauche. Vibrations normales.

Ne tousse pas, ne crache presque plus, a engraissé de 8 kilos. Présente un très bon état général.

OBSERVATION XIV

R. J., électricien, 32 ans.

Vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois le 14-9-25.

Radioscopie : Poumon droit : dans le tiers supérieur du champ pulmonaire, diminution de transparence non homogène constituée par des marbrures et quelques taches apparaissant à la toux, limitée à la partie inférieure par une ligne dense partant du hile et se portant en haut et en dehors. (Interlobaire).

Poumon gauche : de clarté normale. Une tache très dense en grain de plomb sous la clavicule.

Examen stéthacoustique : 14-9-25. Poumon droit : matité sous la clavicule, vibrations augmentées ; respiration diminuée, gros râles bulleux, bronchophonie.

En arrière : matité dans le tiers supérieur, inspiration rude et soufflante, quelques râles bulleux dans la fosse sus-épineuse.

A gauche : respiration diminuée.

Cliché : A droite : quelques taches au sommet, sous la clavicule et jusqu'à la partie moyenne, taches et marbrures avec nid d'abeilles, à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule.

A gauche : transparence normale ; à noter seulement dans le tiers supérieur une tache peu dense se confondant légèrement avec le bord interne de l'omoplate.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Hanot, le 22-9-25.

Gazé pendant la guerre, tousse depuis.

Il y a 6 mois, le malade a fait une bronchite ; depuis, tousse, crache plus, se sent fatigué, doit s'arrêter de travailler.

Pas de température ; B. K. +.

Pas d'antécédents tuberculeux. A vécu 10 jours près d'une personne tuberculeuse.

Sort sur sa demande le 6 octobre 1925.

Revient au dispensaire le 28-6-26.

Radioscopie : L'ombre scissurale nette persiste, mais les taches et marbrures ont presque disparu.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : sub-matité dans le tiers supérieur, vibrations augmentées, quelques râles très fins, secs, après la toux, en avant et en arrière. Rien à gauche.

Très bon état général, la toux et l'expectoration ont disparu. Augmentation de poids de 8 kilos. Suivi au dispensaire.

OBSERVATION XV

G. C., 33 ans, couturière.

Vient au dispensaire le 20-2-24 pour toux et expectoration.

Examen radioscopique : Densification à la moitié supérieure du champ pulmonaire droit, à limite inférieure interlobaire. La densification est plus épaisse immédiatement au-dessus de l'inter-lobe, mie de pain à larges mailles.

A gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite, sub-matité sous la clavicule. Inspiration rude, expiration prolongée ; bulleux dans la fosse sus-claviculaire ; à gauche, quelques bulleux après la toux dans la fosse sus-claviculaire.

En arrière, exagération des vibrations, sub-matité dans le tiers supérieure de l'hémothorax. Souffle tubo-cavitaire. Râles bulleux dans la fosse sus-épineuse. Pectoriloquie aphone. A gauche, quelques bulleux fins dans la fosse sus-épineuse.

Hospitalisée le 4-3-24 salle Piorry.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Antécédents personnels : A eu, fin décembre, une grippe dont elle ne s'est jamais remise complètement. Bien portante jusque-là.

Cliché : 5-4-24. A droite, tendance à l'extension des lésions dans la moitié inférieure avec augmentation des taches.

Champ pulmonaire gauche : au-dessus de la clavicule, ta-

ches confluentes épaisses. Petite plage polycilique répondant à une petite spélonque au-dessous de la clavicule. Arborisations épaisses au-dessus du hile.

Examen radioscopique 2-6-1924 : Densification du tiers supérieur du champ pulmonaire droit à type lobaire, limite inférieure nette. Petite spélonque sur cette densification.

A gauche : arborisation entre le hile et la clavicule. Quelques taches sur ces arborisations.

Examen stéthacoustique : Sous la clavicule, à droite, en avant, inspiration rude, expiration prolongée. En arrière : sub-matité dans le tiers supérieur de l'hémithorax. Exagération des vibrations. Souffle tubo-cavitaire, râles bulleux dans la fosse sus-épineuse. Pectoriloquie aphone.

Pas de température, pas de sueurs nocturnes, bon état général. Tousse un peu le matin seulement. B. K. +.

Examen stéthacoustique : A droite, sub-matité sous la clavicule, vibrations augmentées, inspiration rude, expiration soufflante et prolongée, râles bulleux après la toux. Râles bulleux fins dans la fosse sus-claviculaire.

En arrière : vibrations augmentées ; souffle tubo-cavitaire pleural et râles bulleux après la toux dans les fosses sus et sous-épineuses. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone. A gauche : quelques râles bulleux fins dans la région inter-scapulo-vertébrale. Inspiration rude, expiration prolongée et soufflante.

La malade ne fait pas de température. Très bon état général. Tousse très peu, crache très peu.

Augmentation de poids : 1 kilo en 1 mois.

Rentre chez elle.

Revue le 24-4-26. La malade est enceinte de 4 mois. Elle ne tousse pas, ne crache pas. A un très bon état général. N'a pas de température. A augmenté de poids de plus de 10 kilos.

Examen stéthacoustique :

Poumon droit : en arrière, sub-matité dans le tiers supé-

rieur. Vibrations augmentées. Souffle tubo-cavitaire ; quelques râles fins après la toux. Bronchophonie. En avant : submatité sous la clavicule droite, quelques râles très fins après la toux. Rien à gauche.

Examen radiologique : Bande scissurale traversant l'hémithorax dans toute sa largeur ; au-dessus d'elle, le lobe supérieur présente des taches discrètes, mais on note la disparition de la spélonque vue précédemment. Cette bande interlobaire se projette plus haut et plus obliquement que la scissure à l'état normal. A gauche, sommet un peu nuageux.

L'éclaircissement peut être partiel, la région scissurale conserve son opacité, la radioscopie donne une image triangulaire à base externe dont le côté inférieur est souligné par l'épaississement de la scissure qui le limite.

OBSERVATION XVI

A. F., 33 ans, brodeuse.

Hospitalisée Salle Mosny, le 18 août 1924, pour toux et expectoration. Depuis quatre mois, elle présente un amaigrissement de 15 kilos. Se plaint de fatigue extrême, de points de côté à gauche. La toux, qui est fréquente, est souvent émétisante.

Aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

Antécédents personnels : bonne santé jusque-là.

Examen radioscopique : 29-8-24. Opacité homogène du lobe supérieur droit à limite scissurale nette. Sur cette opacité se détachent deux spélonques l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la clavicule. A gauche, quelques marbrures dans la région du hile.

Examen stéthacoustique : A droite, en avant : Matité sous la clavicule. Inspiration rude, expiration prolongée, râles bulleux après la toux.

A gauche : Inspiration rude, expiration prolongée, quelques bulleux dans la fosse sus-claviculaire et à la base gauche.

En arrière : Matité de l'hémithorax droit, souffle tubo-cavitaire, gros râles bulleux dans la fosse sus-épineuse et dans la région inter-scapulo-vertébrale. Bronchophonie.

A gauche : Inspiration rude, expiration prolongée, quelques bulleux fins dans la fosse sus-épineuse, quelques frottements à la base de l'omoplate.

Température : 38° à 39°. Amaigrissement continu. Très mauvais état général. Cuti +.

Examen radioscopique : 3 septembre. La limite scissurale est toujours nette à droite et l'opacité a pris l'aspect d'un triangle à base axillaire. Vaste spélonque de 6 centimètres de diamètre environ. A gauche, de nombreuses marbrures s'étendant du hile à la périphérie.

Evacuée sur Broussais le 23-10-24.

Décédée.

Caséification et nécrose. — Beaucoup plus souvent la lobite évolue vers la caséification ainsi que l'indiquent les taches claires qui au milieu du bloc opaque représentent des images spéloncaires. On peut observer un aspect en mie de pain, en nid d'abeilles ou plusieurs cavités plus volumineuses qui peuvent finir par confluer et former une seule grande caverne occupant la presque totalité du lobe.

OBSERVATION XVII

D. M., 25 ans, comptable.

Hospitalisée le 17-2-25.

Tousse depuis juin, toux sèche et par quintes, simulant la coqueluche ; points de côté à droite.

Examen radioscopique : Rétraction des côtes à droite, rétraction du médiastin dans la moitié du champ pulmonaire : diminution de transparence non homogène avec taches et marbrures, sans aspect spéléomorphique net. Le reste du champ pulmonaire est normal.

Poumon gauche : I. T. N., à part une accentuation très nette des ombres hilaires dans la région inférieure du hile.

Examen stéthacoustique : Sub-matité du sommet droit, avec râles bulleux après la toux en avant.

En arrière, à droite, sub-matité dans le tiers supérieur, diminution des vibrations, râles bulleux après la toux dans la fosse sous-épineuse.

21 juillet : hémoptysie peu abondante, filets de sang dans les crachats.

Va passer 3 mois à la campagne ; pas améliorée ; revient à Paris.

19 octobre : hémoptysie sang pur (une cuillerée à soupe environ).

Dyspnée d'effort, toux le matin et le soir, expectorations abondantes, douleurs thoraciques bilatérales, mais plus prononcées à droite, dans la région scapulaire ; sueurs nocturnes, douleurs gastriques, amaigrissement de 8 kgr.

Température : 36°9 à 38°4. B. K. +.

Antécédents personnels : Rhumes fréquents, bronchite il y a 6 ans. Crise d'anémie il y a trois ans.

Pas d'antécédents tuberculeux, héréditaires, ni collatéraux.

Premier cliché : Champ pulmonaire droit : densification de la moitié supérieure à limite inférieure nette de caractère interlobaire. Sur cette densificaion transparaît de la mie de pain ; quelques taches sur la moitié inférieure.

Champ pulmonaire gauche : rétraction cardio-aortique, arborisations et taches entre le hile et la clavicule.

Deuxième cliché : 4 mars 1925. Forte densification de la moitié supérieure plus épaisse au niveau de la scissure, avec

aspect en mie de pain. Sur la moitié inférieure, taches plus nombreuses que précédemment. Un certain degré de rétraction diaphragmatique et thoracique.

Champ pulmonaire gauche : Rétraction cardio-aortique, hile empaté avec calcification, quelques taches sur la région moyenne.

Troisième cliché : Même aspect au poumon droit, avec tendance à l'excavation des régions densifiées. Champ pulmonaire gauche : non modifié.

Température : 37°3, 38°4. Amaigrissement 1 kg. en 1 mois.

Pneumothorax indiqué, la malade refuse.

Rentrée chez elle le 28 mars 1925. Décédée avril 1926.

OBSERVATION XVIII

D... M., 50 ans, brodeuse.

Vient consulter au dispensaire le 9-10-24.

Radioscopie : Taches et marbrures avec mie de pain occupant le lobe supérieur droit, à limite inférieure scissurale nette. Diminution de clarté sensiblement homogène dans le reste du champ pulmonaire.

A gauche : ombres hilaires chargées avec noyau de calcification.

Examen stéthacoustique :

A droite : En avant, sub-matité sous la clavicule, souffle tubo-cavitaire et quelques bulleux dans la fosse sus-claviculaire.

Rien à gauche.

En arrière, vibrations augmentées, inspiration rude, expiration prolongée. Pectoriloquie aphone, râles bulleux jusqu'à la pointe de la clavicule. Région axillaire droite, râles bulleux, fins.

A gauche, respiration diminuée.

Hospitalisée Salle Mosny, le 12 novembre 24.

La malade tousse et crache depuis environ 6 mois, la nuit

surtout. Elle a eu une hémoptysie au mois de juin et a des filets de sang dans ses crachats presque à toutes les époques de ses règles. B. K. +.

Amaigrissement de 7 kgr. en 6 mois. Sueurs nocturnes, température vespérale.

Antécédents personnels : Maladie d'enfance. Bien portante jusque là.

Atécédents héréditaires : Aucun antécédent tuberculeux.

Antécédents collatéraux : Un frère décédé, avait une fistule anale.

Examen stéthacoustique : A droite, en ayant, sub-matité sous la clavicule, souffle tubo-cavitaire, râles bulleux et craquements fins, quelques gargouillements.

En arrière, vibrations exagérées, sub-matité dans le tiers supérieur, nombreux râles bulleux moyens, s'étendant jusqu'au tiers inférieur du poumon. Inspiration rude, expiration prolongée. Bronchophonie.

Au sommet gauche, râles bulleux fins après la toux.

Radioscopie : Distension emphysémateuse du thorax avec excès de la transparence générale. Ptose phrénique. Diaphragme aplati, quelques taches et marbrures irradient du hile vers la clavicule.

A droite : Infiltration du lobe supérieur du poumon avec vaste spélonque contenant du liquide à la partie inférieure. Belle bronche de drainage à la partie inférieure de cette spélonque.

Cliché : Thorax allongé. Champ pulmonaire droit. Densification du tiers supérieur beaucoup plus marquée au niveau de la scissure. Volumineuse spélonque de 5 cm. de diamètre contenant du liquide à la partie inférieure.

Arborisation et taches à la partie moyenne.

Champ pulmonaire gauche : Arborisation sur la moitié supérieure.

Température 37,5 environ. Poids stationnaire, mauvais état général.

Envoyée à Ivry le 6-3-25. Décédée le 5 mars 1926.

OBSERVATION XIX

S. C..., domestique, 28 ans.

Vient au dispensaire le 5-7-25.

Examen radiologique : Lobite supérieure gauche à plage non homogène.

Examen stéthacoustique : sub-matité au sommet gauche ; inspiration rude, expiration prolongée et soufflante ; quelques râles bulleux fins après la toux. Rien à droite.

Hospitalisé à Laënnec, salle Dieulafoy, le 3-8-25.

La malade a commencé à tousser sans expectoration il y a deux ans. Progressivement elle se sent de plus en plus faible, la toux accompagnée d'expectorations devient fréquente ; sa température oscillant entre 38° et 39°, la malade se fait hospitaliser.

Antécédents héréditaires : Père et mère décédés ?

Antécédents collatéraux : Un frère mort de tuberculose il y a deux ans et demi, vivait avec la malade.

Antécédents personnels : Bien portante jusqu'à il y a deux ans.

Actuellement toux et expectoration fréquentes ; température 38°5 ; amaigrissement de 2 kgr. en 1 mois. B. K. +.

Examen radiologique : 4-8-25. Diminution de transparence pas tout à fait homogène dans la moitié supérieure du champ pulmonaire gauche, à limite scissurale nette.

Examen stéthacoustique : A gauche, en arrière, sub-matité dans le tiers supérieur. Vibrations augmentées ; souffle tubo-cavitaire et gros râles bulleux dans les zones sus et sous-épineuses. En avant, mêmes signes.

A droite : respiration rude au sommet.

Cliché : 4-8-25. A gauche : taches et marbrures sur la moitié supérieure avec image spéloncaire à la partie moyenne. A droite, quelques marbrures probablement dues à l'arbre bronchovasculaire.

La malade refuse le traitement par le pneumothorax et est envoyée à Brévannes.

Elle revient au dispensaire Léon Bourgeois le 26 avril 1926, présentant un état général très touché, un fort amaigrissement, et disant avoir une température de 39° depuis plusieurs jours.

Examen radiologique : Lobite creusée d'une vaste spélonque ; épaississement scissural prononcé.

A droite : quelques taches et marbrures au sommet.

Examen stéthacoustique : A gauche, en arrière : Matité dans le tiers supérieur ; souffle tubaire : gros râles bulleux et craquements.

En avant : mêmes signes.

A droite : sub-matité au sommet. Expiration soufflante ; râles bulleux moyens après la toux.

Faute de place, on ne peut hospitaliser la malade qui est envoyée à Beaujon.

OBSERVATION XX

G... S., 21 ans. Parfumeuse. Hospitalisée le 17 janvier 1924, hôpital Laënnec, salle Quesnay.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Antécédents personnels : Tousse fréquemment depuis l'enfance. Après son premier accouchement, en 1922, commence à tousser, maigrit, est obligée d'abandonner son travail, est envoyée à Bligny, par son dispensaire, pendant cinq mois.

Actuellement enceinte de nouveau de 6 mois. Amaigrissement marqué. Mauvais état général. Toux fréquente par quintes, coqueluchoïde. Température 38°5 le soir. B. K. +.

Examen radioscopique : Champ pulmonaire gauche radioscopiquement normal au point de vue de la forme, des mouvements et de la transparence. Champ pulmonaire droit rétracté au sommet (rétraction costale, trachéale et aortique).

Diminution de transparence massive de tout le lobe supérieur à forme de lobite nettement arrêtée par la scissure qui se trouve au milieu du champ pulmonaire, horizontale et peu mobile dans les mouvements respiratoires. Vaste spélonque cloisonnée traversée par l'ombre de la clavicule.

Ombres hilaires très arborescentes et quelques taches sur les deux lobes inférieurs.

Examen stéthacoustique : En arrière, sub-matité dans la moitié supérieure du champ pulmonaire droit ; vibrations augmentées, souffle tubo-cavitaire et gros râles bulleux, pectoriloquie aphone. A gauche : inspiration rude ; expiration prolongée ; râles bulleux et frottements. En avant sub-matité sous la clavicule, souffle tubo-cavitaire, quelques râles bulleux.

Cliché : Champ pulmonaire droit : forte densification des deux tiers supérieurs du champ pulmonaire avec limite scissurale nette (lobite supérieure). Volumineuse spélonque de 6 à 7 cm. de diamètre sur 3 cm. de diamètre transversal. Des marbrures et des arborisations se voient sur le reste du champ pulmonaire ; à noter qué la densification se continue avec l'arbre cardio-vasculaire ; champ pulmonaire gauche : sinus et sommet normaux. Hile empâté avec petites taches claires tout autour du hile, empiétant sur la partie moyenne du champ pulmonaire jusqu'à la paroi axillaire.

La malade part pour la Maternité de la Charité, où elle accouche d'une fillette de 2 kilos 200.

28-3-24 : Rentrée à Laënnec le 12-3-24. La malade tousse plus qu'avant son accouchement et a perdu l'appétit qu'elle avait bon jusqu'à ce jour. Diarrhée abondante.

Température : 37°5 et 39°4.

Examen radioscopique : Lobite supérieure droite excavée. Taches et marbrures à la base. A gauche : sommet nuageux.

Examen stéthacoustique : Les signes d'auscultation sont les mêmes à droite, mais à gauche on note quelques râles fins au sommet.

B. K. + +.

Très mauvais état général ; rentre chez elle sur sa demande. Pas suivie.

OBSERVATION XXI

C. M..., 21 ans, journalière.

Hospitalisée le 1er octobre 1924.

Début : tousse et crache surtout le matin depuis juillet. Hémoptysie il y a 15 jours (un demi verre de sang). Point de côté à droite.

Pas de température.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Antécédents collatéraux : Un frère mort tuberculeux, soigné par la malade il y a 2 ans.

Radioscopie : 13-10-24. Champ pulmonaire gauche : I. T. N. Infiltration de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit. L'opacité est constituée par un fond assez opaque et uniforme sur lequel se dessinent des marbrures, pas de spéléomorphie visible. Riche réseau de marbrures à la partie intérieure de la base.

Examen stéthacoustique : 29-9-24. En avant : sub-matité sous la clavicule, inspiration rude, expiration prolongée et soufflante ; gros râles bulleux. En arrière : sub-matité du sommet droit s'étendant jusqu'à la pointe de l'omoplate ; vibrations augmentées, gros râles bulleux ; inspiration rude, expiration prolongée et soufflante. Rien à gauche.

15-10-25 : En avant, râles bulleux et craquements sous la clavicule.

En arrière : sub-matité du sommet droit, bulleux dans les fosses sus et sous-épineuses, sibilants presque jusqu'à la base de l'hémi-thorax. A gauche : quelques sibilants à la base.

Cliché : 5-11-24. Champ pulmonaire droit : Densification occupant la moitié supérieure du champ, avec nid d'abeilles au niveau du hile. Petite spélonque ovoïde au-dessus de la

clavicule. Sur la moitié inférieure, taches petites et confluentes, surtout à la partie supérieure de ce segment.

Champ pulmonaire gauche : quelques calcifications au-dessus du hile. Quelques arborisations allant du hile à l'apex.

Examen radiologique : 4-11-25 Diminution de transparence de la moitié supérieure du poumon droit avec limite scissurale inférieure nette Spéléomorphie de 4 cm. de diamètre immédiatement au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière : matité dans le tiers supérieur. Vibrations augmentées. Souffle cavitaire. Gargouillements. En avant : mêmes signes. A gauche, en arrière : inspiration rude, expiration prolongée et soufflante ; râles bulleux, fins après la toux.

Sortie le 16 mars 1925. Envoyée à Groslay le 16-3-25. Bon état général. Pas de température, augmentation de poids de 3 kgr.

Rentre le 30 octobre 1925. Etat général de moins en moins bon, amaigrissement 5 kgr. en 7 mois, tousse et expectorations plus fréquentes, hémoptysie fin septembre. Pas de fièvre. A eu une forte hémoptysie en mai, amaigrissement de 2 kgr. et de 500 gr. chaque mois suivant ; température 38 à 38°5 ; très mauvais état général. Décédée à Bicêtre, janvier 26.

Sclérose. — La limitation scissurale dans la majorité des cas semble former une barrière à l'extension des lésions grâce au processus de sclérose qui la renforce. L'infiltration restant bien limitée peut subir ultérieurement un processus de guérison par fibrose localisée à tout un lobe dont Le Sève publie plusieurs cas dans sa thèse sur la guérison naturelle des cavernes pulmonaires tuberculeuses. Nous en avons un exemple comparable dans l'observation 15.

La réaction scléreuse peut se produire sans éclair-

cissement de la région lobaire, chez des malades présentant une infiltration ancienne à aspect de taches et marbrures. On voit, par des examens successifs, le lobe condensé se rétracter, sa scissure épaissie devenir progressivement de plus en plus oblique de haut en bas, et de dehors en dedans subissant la déformation scissurale bien décrite par MM. Rist et Ameuille.

A l'examen clinique, les signes stéthacoustiques se modifient progressivement et diminuent d'intensité, mais ne disparaissent jamais complètement. On note toujours de la submatité dans la région supérieure de l'hémithorax et une augmentation des vibrations, la respiration est seulement soufflante et on ne perçoit que quelques frottements semblant plutôt superficiels.

Chez tous les malades dont les lésions évoluent dans ce sens favorable, l'état général est peu touché. Si leur température a subi des variations au moment des incidents aigus, elle revient rapidement à la normale, lorsque le malade est mis au repos et à une vie bien réglée. L'appétit reste régulier, la toux et l'expectoration diminuent progressivement pour arriver parfois à disparaître complètement. Tout au plus, note-t-on une ou deux expectorations au réveil et dont l'examen reste négatif, pendant de longues périodes. Il semble que ces bacillaires, dont la localisation de la tuberculose bien limitée à un lobe et la tendance à la réaction scléreuse renforce cette barrière scissurale, se trouvent, lorsque

leur état général est encore peu touché au moment où on peut les traiter, dans des conditions particulièrement favorables pour lutter contre le processus tuberculeux.

L'image radiologique lobaire peut pendant des semaines et des mois demeurer immuable. Elle peut même se fixer définitivement. Les faits répondent à des processus fibreux cicatriciels de guérison anatomique.

OBSERVATION XXII

J. P..., chauffeur, 25 ans.

Entré à l'hôpital Laënnec, salle Brissaud, le 7 décembre 1925.

Fait remonter sa maladie à une bronchite en décembre 1924. Il toussait, crachait peu, avait des sueurs nocturnes et une grande faiblesse générale. Pas de température élevée. Appétit bien conservé.

En janvier 1925, il reprend son travail un mois et demi, mais est obligé de s'arrêter et se fait hospitaliser.

Aucune maladie antérieure. Depuis 6 mois, laryngite, points de côté ; pas d'amaigrissement, bon appétit.

Examen radiologique : Densification du lobe supérieur droit avec limite inférieure nette. Spéléomorphie de 3 cm. de diamètre située en arrière de la clavicule. Sinus costaux, diaphragme droit inextensible. Champ pulmonaire gauche radioscopiquement normal.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : sub-matité dans le tiers supérieur. Augmentation des vibrations. Inspiration rude. Expiration très soufflante. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone.

En avant : sub-matité sous la clavicule droite ; quelques râles bulleux.

Examen stéthacoustique : 8-5-26. Poumon droit, en arrière : sub-matité dans le tiers supérieur. Souffle tubo-cavitaire ; quelques râles après la toux. Pectoriloquie aphone. En avant : mêmes signes. Rien à gauche.

Cliché : Rétraction de l'hémithorax droit ; rétraction du cœur à droite, le bord droit du cœur est situé à 4 ou 5 cm. du bord droit de l'ombre vertébrale. Rétraction des côtes droites. Densification du lobe supérieur droit avec limites inférieures nettes. Spéléomorphie de 3 cm. de diamètre située en arrière de la clavicule. Sinus costaux, diaphragme droit, inextensible. Champ pulmonaire gauche : radioscopiquement normal.

Traité par la sano-crysine.

Plus de B. K. depuis 2 mois. Augmentation de poids de 2 kgr. en 2 mois.

Pas de température. Ne tousse plus, ne crache plus.

Grosse amélioration. Très bon état général.

OBSERVATION XXIII

G. F..., s. p., 53 ans.

Vient consulter au dispensaire le 17-1-25.

Radioscopie : A droite : densification massive du lobe supérieurs à limite interlobaire nettement dessinée.

A gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : En avant, sub-matité sous la clavicule ; souffle tubo-cavitaire. En arrière : vibrations augmentées, matité dans le tiers supérieur de l'hémithorax, souffle tubo-cavitaire, râles bulleux dans la fosse sus-épineuse, bronchophonie.

Température : 37° à 38°.

B. K. +.

Hospitalisé salle Brissaud : 14-2-25.

Se dit malade depuis longtemps. A eu une hémoptysie il y a 4 ans et présente des accès fébriles fréquents, avec toux, expectorations, a dû interrompre tout travail, se sentant plus fatigué depuis quelques mois.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Mêmes signes stéthacoustiques que le 14-2-25.

Radioscopie : Légère rétraction costale, attraction du médiastin, forte densification du tiers supérieur du champ pulmonaire non homogène, à limite inférieure nette, interlobaire, à convexité supérieure.

Sous cette densification, surtout dans la zone hilaire et péri-hilaire, quelques taches apparaissant à la toux, sinus clair, diaphragme mobile.

A gauche : légère diminution de transparence. Entre le hile et la clavicule, quelques taches fines. Ombres hilaires très chargées avec plusieurs taches dans la région hilaire et péri-hilaire.

Cliché : 28-6-25. A droite : rétraction costale, du médiastin et de la trachée. Dans la moitié supérieure, obscurité non homogène, une petite spélonque d'aspect en rosace.

Dans la moitié du lobe moyen, semis de petites taches, hile accentué et arborescent.

A gauche : O. H. accentuées, arborescences avec aspect marbré de la région sous-claviculaire moyenne.

Augmentation de poids de 5 kg. Bon état général, pas de température, rentre chez lui.

Dispensaire : 19-9-25. Le malade dit avoir fait une hémoptysie il y a 15 jours, mais sans fièvre. Même signes stéthacoustiques.

Va à Brévannes 2 mois.

Revu au dispensaire le 26-4-26.

Examen radioscopique : La moitié supérieure de l'hémithorax droit est occupé par un massif d'ombres et marbrures

très foncées. Limite inférieure légèrement concave en bas, trachée légèrement déviée.

A gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité dans le tiers supérieur de l'hémithorax droit ; souffle tubo-cavitaire, bronchophonie. En avant : sub-matité sous la clavicule, souffle tubo-cavitaire, quelques râles secs et fins après la toux, inspiration rude.

Très bon état général ; ne tousse pas, ne crache pas ; pas de température, a engraissé de 4 kgr. en 5 mois ; dernières recherches de bacilles dans les crachats négative.

OBSERVATION XXIV

S. D..., 47 ans, chauffeur.

Hospitalisé le 21-4-25 pour toux et expectoration.

Soigné chez lui pour pleurésie séro-fibrineuse depuis le 27-1-25, ayant débuté brusquement par des frissons et une élévation de température. A été ponctionné deux fois pendant ces trois mois. Il avait été intoxiqué quelques jours avant par un poêle et était resté souffrant, et sans appétit depuis.

Actuellement : *Température* 37°5, appétit normal, quelques sueurs nocturnes, tousse très peu, crache depuis 8 jours et peu, voix voilée, amaigrissement de 16 kgr. en 3 mois.

Antécédents personnels : Bien portant jusque-là.

Antécédents collatéraux : Un frère ayant une pleurésie.

Examen radioscopique : 18-4-25. Ombre de caractère pleurétique effaçant le sinus. Quelques marbrures sur le tiers moyen. Densification épaisse du tiers supérieur.

Examen stéthacoustique : Sub-matité de tout l'hémithorax droit. Respiration diminuée dans tout l'ensemble du sommet et un peu à la partie inférieure ; expiration haute ; quelques frottements fins à la partie moyenne ; rien à gauche.

Examen radioscopique : 20-3-25. C. P. G. I. T. N.

Champ pulmonaire droit : Rétraction légère des côtes

droites, de la trachée à droite ; sinus costo-diaphragmatique droit immobile et assombri. Sommet droit opaque avec limite inférieure du type scissural. Sous certaines incidences, une ligne sombre se dessine entre le pédicule pulmonaire et le sinus costo-diaphragmatique droit qu'elle n'atteint pas.

B. K. +.

Sort le 23 mai. Augmentation de poids. Bon état général, pas de température, proposé pour Bicêtre.

Bicêtre 8-7-25 au 10-8-25. Pleurite droite. Infiltration du sommet droit.

Evolution apyrétique.

12-2-26 : Départ à Brévannes.

19 mai 1926 : Etat général excellent. A engraissé de 4 kgr. depuis 3 mois. Pas de température. Bon appétit ; crache une dizaine de fois par 24 heures. Pas d'hémoptysie.

Examen stéthacoustique : En arrière, à droite, sub-matité du sommet. Petit foyer de sous-crépitants fins à la pointe de l'omoplate.

En avant, à droite : sub-matité, inspiration prolongée, petits crépitants fins inconstants.

Examen radioscopique : 6 mai 1926. Thorax large, épais, court.

A droite : Sommet et partie interne du 1er espace net, presque noirs, limite scissurale nette, très haute et très oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

A gauche : sommet voilé.

OBSERVATION XXV

H. G..., 40 ans, électricien.

Entre le 15 mars 1925, salle Hanot. Le malade, bien portant jusque là, a fait une pleurésie droite il y a 2 ans. Depuis un an tousse et crache un peu, se plaint d'un point de

côté à droite. Son état général paraît peu touché, pas de température. B. K. +.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Antécédents personnels : Maladies d'enfance.

Examen radiologique : Lobite supérieure droite ; sommet gauche nuageux.

Examen stéthacoustique : En avant : sub-matité au sommet droit ; vibrations augmentées ; bulleux fins dans les fosses sus et sous-claviculaires. En arrière : sub-matité à droite ; respiration très soufflante dans la fosse sus-épineuse ; retentissement de la voix et de la toux ; pectoriloquie aphone ; quelques râles fins à la base ; quelques sibilants sur toute l'étendue du champ pulmonaire. A gauche : inspiration rude et expiration prolongée.

Cliché : Sclérose pulmonaire droite, rétraction du diaphragme du cœur et des côtes. Densification du lobe supérieur droit à limite scissurale nette ; quelques taches au sommet gauche.

Examen stéthacoustique : 8-5-25. A droite, en avant : submatité du sommet droit ; inspiration rude et expiration très prolongée. En arrière : matité au sommet droit et sub-matité au sommet gauche ; souffle tubo-cavitaire. A droite, bulleux fins dans la fosse sus-épineuse.

Grosse amélioration. A engraissé de 4 kgr. en 4 mois. Examen des B. K. négatif depuis 3 mois, suivi au dispensaire.

Etat stationnaire

Nous définirons donc sous ce nom l'état stationnaire du malade plutôt que celui de sa lésion.

La persistance des signes fonctionnels et physiques indique une évolution lente et certaine, bien

souvent vérifiée par l'extension qu'on voit se produire par la suite aux autres lobes. Les malades ne peuvent mener une vie normale, la cure de repos et une existence absolument réglée sont indispensables au maintien de leur état. La moindre cause anergissante provoque chez eux une poussée fébrile et la recrudescence des symptômes généraux, dont l'évolution ne semble guère différente de celle d'une bacillose non lobaire.

Rappelons que, chez certains malades qui présentent des lésions qui semblent fixées par un processus fibreux, une hémoptysie peut brusquement se produire, déclanchée par une cause hypertensive et déterminer brusquement un ensemencement bronchique et une tuberculose pulmonaire généralisée.

OBSERVATION XXVI

B. L..., 29 ans, comptable.

Vient consulter au dispensaire le 22-3-23.

Radioscopie : Rétraction de l'hémithorax droit très notable et diminution de transparence du tiers supérieur du champ pulmonaire gauche, à limite inférieure scissurale nette. Taches et marbrures discrètes à la partie supérieure du poumon droit.

Etat stéthacoustique : A gauche, en avant : sub-matité sous la clavicule, respiration soufflante avec bulleux après la toux.

A gauche : en arrière : sub-matité dans le tiers supérieur, souffle tubo-cavitaire. Bronchophonie.

A droite : quelques bulleux fins après la toux dans la région inter-scapulo-vertébrale. Respiration soufflante.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Quesnay, le 25-3-25.

Examen stéthacoustique : Mêmes signes que le 22-3-23.

Antécédents héréditaires : Pas d'antécédents tuberculeux.

Antécédents personnels : Rougeole à 8 ans ; s'enrhumait facilement ; a subi, il y a un an, l'ablation d'un cornet du nez qui gênait la respiration.

A son entrée : amaigrissement (1 kgr. en 3 semaines) ; sueurs nocturnes, toux et expectoration le matin.

Cliché : Forte densification de la moitié supérieure du poumon gauche. Spélonque arrondie au-dessous de la clavicule. Nombreuses taches en mie de pain disséminées sur la moitié inférieure.

A droite : nombreuses taches et nids d'abeille sous la moitié supérieure.

Le 26-4-25, la malade ne fait plus de température, tousse et crache moins, a engraissé de 1 kgr. Elle rentre chez elle.

Actuellement : Ecrit de la campagne être dans un état de santé assez bon ; a pu travailler pendant un an. A été arrêtée pendant un mois, cause de grippe, en mars 1925 ; depuis, tousse un peu, mais assez bon état général. B. K. +.

OBSERVATION XXVII

L. G...; 30 ans, manutentionnaire.

Hospitalisée le 30 avril 1926. Entre pour douleurs thoraciques à droite, accompagnées de toux et d'expectoration.

A été soignée en janvier 1926 pour dysenterie bacillaire et est restée très fatiguée et anémiée. Le 15 mars, commence à tousser, ressent des points de côté et une grande faiblesse générale. Sa *température* s'élève tous les soirs à 38°. Sueurs nocturnes abondantes. Appétit cependant conservé.

Depuis cette date la toux et la fatigue ont augmenté ; amaigrissement de 2 kgr. en deux mois.

Antécédents héréditaires : Mère décédée tuberculose pulmonaire et soignée par la malade.

Antécédents personnels : Dysenterie.

A son entrée, très fatiguée, tousse un peu, ne crache presque pas, se plaint de points de côté à droite ; légère dyspnée ; sueurs nocturnes. B. K. +.

Examen radioscopique : Lobite supérieure dans les incidences hautes, mais seule la partie inférieure du lobe supérieur est très assombrie ; la région sous et sus-claviculaire est plus claire.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite, sub-matité sous la clavicule ; râles bulleux après la toux ; en arrière : sub-matité au sommet droit. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone.

A gauche : sub-matité du sommet, sans bruits adventices.

Radioscopie : 5-5-26. Lobite supérieure droite à limite scissurale nette, mais la scissure est descendue à la partie moyenne, le lobe supérieur semblant ainsi très augmenté de volume.

Cliché : Champ pulmonaire droit, présente dans sa totalité des taches et des machures ; le maximum d'ombre prédomine à la moitié supérieure et semble avoir une limite inférieure scissurale, mais très déplacée vers le bas.

Au-dessus de la clavicule, l'opacité est moins marquée.

Champ pulmonaire gauche : taches et marbrures partant de la partie supérieure du hile, remontant jusqu'à la partie inférieure de la clavicule, où se trouve un foyer d'ombres, arrondi et plus opaque.

Radioscopie : 14-5-26. Taches et marbrures sous la clavicule gauche. Rétraction très légère de la trachée à droite. Expansion du lobe supérieur droit. Densification surtout de la base du lobe supérieur avec aspect en mie de pain.

Juillet 1926 : Assez bon état général. N'a plus de température. Part au sanatorium.

OBSERVATION XXVIII

C. A. M..., 26 ans, papetière.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Mosny, le 2-3-25, pour toux et expectoration.

Antécédents personnels : La malade dit avoir eu une bonne santé jusqu'à mars 1924, où elle fait une première bronchite ; en août 1924, est prise de toux quinteuse, et en novembre fait une deuxième bronchite.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

A son entrée : Toux, oppression, douleurs thoracique droite, pas d'hémoptysie, pas de sueurs nocturnes, moins fatiguée qu'en novembre, mais tousse plus ; sub-fébrile. B. K. +.

Examen stéthacoustique : Région sous-claviculaire, submatité, souffle aux deux temps, timbre rude, râles sous-crépitants moyens.

En arrière, à droite, amyotrophie de la fosse sus-épineuse droite ; sub-matité au sommet droit, dans le tiers supérieur, souffle tubo-cavitaire. Tiers inférieur, râles bulleux moyens, inégaux. Bronchophonie, retentissement de la toux, pectoriloquie aphone.

A gauche : Souffle para-vertébral.

Cliché : 3 mars 1925. Champ pulmonaire droit : densification à type lobaire occupant la moitié supérieure avec quelques plages claires dans la moitié supérieure de cette densification ; taches confluentes dans la moitié inférieure, quelques calcifications au niveau du hile.

Champ pulmonaire gauche : Calcification au niveau du hile, arborisation entre le hile et la clavicule.

Pneumothorax institué le 5-8-25.

Radioscopie : Pneumothorax droit avec décollement à la base et sans décollement du lobe supérieur dont les dimensions excèdent la moyenne. Le lobe inférieur droit est anormalement dense sans toutefois atteindre l'opacité, loin s'en faut du

lobe supérieur. Calcification discrète au pédicule poumon gauche.

Augmentation de poids. Bon état général. La malade refuse de continuer le pneumothorax ; rentre chez elle le 5-4-25.

Revue chez elle le 6-5-26 : Etat général médiocre ; tousse et crache toujours ; température irrégulière.

OBSERVATION XXIX

C. L..., 40 ans, ménagère.

Hospitalisée à Laënnec, Salle Prony, pour toux et expectoration, le 18-2-24.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Mari réformé à 25 % pour sclérose pulmonaire.

Antécédents personnels : Maladies d'enfance. Bien portante jusqu'en 1921.

La malade a commencé à tousser et à cracher et à avoir des sueurs nocturnes en janvier 1921.

Au mois de décembre 1923, la toux est devenue très intense et les sueurs nocturnes très abondantes. *Température* : 38° à 38°5. Point de côté droit très violent pendant 15 jours.

A son entrée : la malade tousse et crache moins. La température est normale.

Examen des B. K. = +.

Examen radioscopique : 20-2-24. Pas d'anomalie de la statique thoracique, sauf une très légère rétraction des premières côtes et du sinus costo-diaphragmatique droit accompagné d'un peu de rétraction de la trachée. Le sommet droit est assombri par de larges taches dont la limite inférieure est à type scissural. Ces taches semblent creusées d'une cavité de deux cm. de diamètre apparent, située sous la clavicule.

A gauche : quelques petites taches parsemées de calcifications sont étagées entre la partie supérieure du hile et la clavicule.

Examen stéthacoustique : 16-2-24. A droite, en avant : sub-

matité au sommet. Inspiration rude et expiration prolongée ; quelques bulleux moyens après la toux. A gauche : respiration rude. En arrière, à droite : matité au sommet droit. Souffle tubo-cavitaire. Pectoriloquie aphone. Gros râles bulleux après la toux. A gauche : inspiration rude, expiration prolongée ; quelques craquements secs dans la région interscapulo-vertébrale.

Cliché : Champ pulmonaire droit : densification du tiers supérieur à limites inférieures assez nettes. Spélonque au-dessous de la clavicule. Nombreuses taches calcifiées sur le tiers moyen.

A gauche : taches estompées au niveau du hile. Quelques petites taches discrètes au-dessus de la clavicule.

Examen radioscopique : 5-6-24. Opacité du lobe supérieur droit avec rétraction de ce lobe. La limite inférieure du lobe supérieur est très oblique de haut en bas et de dehors en dedans. L'opacité du lobe supérieur n'est pas uniforme et creusée d'une spélonque.

Champ pulmonaire gauche : quelques petites taches au niveau du hile et sous la clavicule.

Examen stéthacoustique : Mêmes signes à la percussion que le 16-2-25. A l'auscultation, les craquements secs ont diminué d'intensité, à gauche. A droite : souffle tubo-cavitaire et quelques râles fins seulement après la toux.

La malade augmente de poids, présente un bon état général, sort de l'hôpital. Elle est actuellement dans les Basses-Pyrénées d'où elle écrit : tousser très peu, et avoir repris du poids, la recherche du B. K. est négative depuis 6 mois.

Evolution des lésions associées

Extension de la tuberculose lobaire. — Comme nous l'avons vu, la lobite ayant évolué vers la caséification peut, par la suite, être le siège d'un

phénomène de cicatrisation. Une lésion ulcéro-caséeuse bien limitée n'implique donc pas le diagnostic d'aggravation. Cependant malgré le processus de sclérose siégeant au niveau de la scissure l'évolution ulcéro-caséeuse peut se poursuivre et dépassant les limites scissurales s'étendre aux lobes moyens et inférieurs.

Le lobe adjacent est presque toujours atteint le premier. Les lésions apparaissent sous forme de taches fines généralement à points de départ hilaires où elles tendent à devenir confluentes. Il semble s'agir d'une bronchopneumonie nodulaire. Dans quelques cas l'extension du processus bacillaire se produit, au contraire, du côté symétrique avec prédominance de début à point de départ péri-hilaire.

Le professeur Léon Bernard, MM. Rist et Maingaud, à la section d'études scientifiques d'Œuvres de la Tuberculose ont insisté sur la systématisation de ces lésions au milieu de l'image du champ pulmonaire, elles semblent surtout réparties le long des ombres broncho-vasculaires.

Les signes stéthacoustiques suivent une évolution comparable, le souffle tubo-cavitaire siégeant au niveau de la région lobaire peut s'étendre et des bruits adventices se perçoivent au niveau des régions nouvellement envahies.

L'état général de ces malades est très touché avec amaigrissement, perte de poids importante, température élevée. La toux augmente et l'expectoration devient de plus en plus abondante.

OBSERVATION XXX

M. E..., chaudronnier, 24 ans.

Vient au dispensaire le 14-3-25.

Radioscopie : Lobite supérieure gauche avec ombres non homogènes et aspect en mie de pain.

A la partie inférieure du champ pulmonaire droit plage d'ombre plus étendue et granitée. Au centre excavation de 2 à 3 cm. de diamètre.

A droite cul-de-sac et diaphragme mousse.

Hospitalisé le 11-4-25. Toussait depuis longtemps et se sentait affaibli. Le 1-3-5, frisson, point de côté, température élevée ; depuis tousse plus, crache peu. B. K. = +. Amaigrissement de 1 kgr. en 15 jours. Appétit conservé. Pas de sueurs. Temp. 38° à 38°5.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants.

Antécédents collatéraux : Une sœur décédée tuberculeuse il y a 4 ans.

Antécédents personnels : Bronchites fréquentes.

B. K. = +.

Examen radioscopique : 13-4-25. Densification du lobe supérieur avec limite inférieure scissurale. Cette densification est accompagnée de rétraction. Des plages un peu plus claires situées à la base du lobe supérieur posent l'hypothèse de spéléomorphie. Le milieu du poumon est assombri par des taches larges, peu foncées et à limite frangée. A droite, des plages d'ombre à description imprécise se projettent au milieu de la poitrine.

Examen stéthacoustique : A gauche : en arrière, sub-matité dans le tiers supérieur ; vibrations exagérées ; souffle tubo-cavitaire ; râles bulleux et quelques craquements. Bronchophonie.

A droite : bulleux après la toux dans la fosse sus-épineuse. En avant : mêmes signes.

La malade rentre chez lui le 19-4-25. Température 38°2. la toux persiste.

Il revient au dispensaire, 22 août 1925 : tousse, crache moins, a quelques sueurs nocturnes.

Examen stéthacoustique : Sub-matité au sommet gauche. Vibrations exagérées. Souffle tubo-cavitaire. Pas de signes adventices. A droite : respiration un peu soufflante. En avant : mêmes signes.

Examen radioscopique : Taches et marbrures assez étendues sur le champ pulmonaire gauche avec rétraction de la trachée et attraction du médiastin.

A droite : dans la région hilaire, taches et marbrures. Envoyé en sanatorium.

OBSERVATION XXXI

B. B..., 25 ans, couturière.

Entre à l'hôpital Leënnec le 8 décembre 1925, salle Dieulafoy.

Après une crise d'entérite il y a un an, la malade a une bronchite, accompagnée de toux et expectorations peu abondantes, sans élévation de température dépassant 38°. Reste fatiguée. Il y a un mois et demi, elle fait une grippe avec température élevée 39°5 ; reste alitée 8 jours, son médecin la fait hospitaliser.

A son entrée, tousse et crache un peu, sub-fébrile, léger amaigrissement.

Antécédents héréditaires : Père décédé tuberculose.

Antécédents personnels : Entérite depuis deux ans.

Examen stéthacoustique : 25-11-25. Poumon droit : en arrière, matité dans le tiers supérieur. Vibrations augmentées, souffle tubo-cavitaire ; quelques râles bulleux ; bronchophonie. En avant, mêmes signes.

Poumon gauche : rien.

Radioscopie : 9-12-25. Champ pulmonaire gauche : I. T. N.

Opacité du lobe supérieur droit avec limite inférieure scissurale nette. Forte rétraction des côtes et de la trachée. Pas de rétraction de la base du lobe supérieur. Une zone un peu plus claire, au-dessous de la clavicule, pose l'hypothèse de spéléomorphie. Empâtement péri-pédiculaire le long du trajet des bronches inférieures.

Sinus costo-diaphragmatiques droit et gauche normaux.

Cliché : 10-12-25. Lobite supérieure droite typique. L'ombre n'est pas uniformément répartie, gros empâtement périhilaire. Déviation de la trachée à droite.

Champ pulmonaire gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : 10-12-25. Mêmes signes que le 25-11-25.

Pneumothorax institué le 18-1-26. Pas de décollement.

22-1-26 : La malade est plus fatiguée, a des vomissements et fait une poussée de température : 39°2.

Cliché : 24-1-26. La lobite est tout aussi typique, mais il semble à droite que la partie inférieure du champ est plus tachetée, et qu'à gauche des marbrures et des taches ont apparu formant une traînée oblique entre le hile et la clavicule.

Elle rentre chez elle le 6-2-26. Suivie au dispensaire.

Dispensaire : *Radioscopie :* 23-4-26. Forte diminution de transparence du tiers supérieur du champ pulmonaire à limite inférieure nette interlobaire, une plage claire sous la clavicule.

Au-dessous de cette limite interlobaire, le champ pulmonaire présente de petites taches donnant au poumon un aspect légèrement granité, sinus clair, diaphragme mobile.

A gauche : la partie supérieure du champ pulmonaire paraît normale ; dans la région autour du hile, semis de petites taches apparaissant à la toux.

Examen stéthacoustique : 23-4-26. En arrière : matité dans le tiers supérieur. Vibrations augmentées. Souffle tubo-cavitaire ; gros râles bulleux et quelques sibilants jusqu'à la pointe de l'omoplate. Bronchophonie.

En avant : Matité sous la clavicule. Souffle tubo-cavitaire et gros râles bulleux et craquements.

Part à la campagne. Son état est stationnaire. Elle tousse et crache peu, n'a pas de température, mais est toujours très affaiblie.

OBSERVATION XXXII

G. G..., 16 ans.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Brissaud, le 15-8-25.

Fait remonter le début de sa maladie à une bronchite en mai 1925. Alité 8 jours. Température 38°5 ; toux, expectoration, sueurs nocturnes, points de côté. B. K. +.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Antécédents personnels : Ganglions sous-maxillaires engorgés depuis 2 ans.

Bronchite et pneumonie en mai et juillet 25.

Examen radiologique : 15-8-25. Diminution de transparence du tiers supérieur du champ pulmonaire droit, à limite inférieure nette interlobaire, non homogène, constituée par des taches et des marbrures, avec image spéléologique sous la clavicule. Au-dessous de cette ligne, le champ pulmonaire est diminué de transparence avec plusieurs taches et marbrures, mais sans aspect lacunaire net, sinus clair, diaphragme mobile.

Poumon gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : Poumon droit, en arrière, submatité dans le tiers supérieur. Vibrations exagérées ; souffle tubo-cavitaire ; râles bulleux jusqu'à la partie moyenne de l'hémi-thorax, bronchophonie, pectoriloquie aphone. Dans le creux axillaire, quelques bulleux.

En avant : sub-matité sous la clavicule, respiration bronchique, quelques bulleux dans la fosse sus-claviculaire.

Rien à gauche.

Cliché : Sur la moitié droite du champ pulmonaire, taches

et marbrures avec petites images claires sous la clavicule, hile touffu et arborescent.

Pneumothorax institué le 21 août. Pas de décollement. Amélioration de l'état général, diminution de la toux et de l'expectoration ; augmentation de poids de 1 kgr. Envoyé à Hyères.

Reste stationnaire jusqu'au 18 mars 26. A cette date, élévation de température à 39° pendant quelques jours ; toux et expectoration plus fréquente ; reste alité pendant 9 jours.

Revient au dispensaire Léon Bourgeois : 7-7-26.

Examen radiologique : Même aspect à droite. A gauche : taches et mâchures s'étendant du hile vers la clavicule.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité dans le tiers supérieur. Souffle cavitaire ; gros râles bulleux. Pectoriloquie aphone.

En avant : mêmes signes.

A gauche : inspiration rude, expiration prolongée ; quelques bulleux fins dans la région inter-scapulo-vertébrale.

Le malade tousse et expectore beaucoup. B. K. +. Pas de température.

Poids stationnaire depuis mars, date à laquelle il avait maigri de 2 kgr.

OBSERVATION XXXIII

H. J..., employée 24 ans, vient au dispensaire le 12-6-25.

Examen radiologique 12-6-25.

Forte diminution de la transparence des deux tiers du champ pulmonaire droit avec semis de taches confluentes et aspect en « mie de pain ». Limite inférieure scissurale nette.

Hospitalisée le 12-12-25. En juin 1923 : Pleurésie gauche, alitée 15 jours, ni toux ni expectoration, ponction, peu de liquide.

Reste 2 mois à la campagne, améliorée, rentre à Paris, reprend son travail, devient enceinte, accouchement le 15 octo-

bre 1924 à Beaujon, nourrit son enfant 10 jours ; cesse l'allaitement sur le conseil de son médecin.

A son entrée dans le service, très asthénique, sub-fébrile.

Amaigrissement de 4 kgr. en un mois.

Tousse beaucoup, crache un peu, quelques sueurs nocturnes. B. K. +.

Antécédents personnels : Pneumonie à 7 ans.

Antécédents héréditaires : Parents bien portants. Trois frères morts tuberculeux.

Examen stéthacoustique : En arrière : à droite et à gauche, vibrations exagérées, sub-matité dans le tiers supérieur droit, souffle tubo-cavitaire, râles bulleux, fins ; craquements et gros bulleux à gauche. En avant : mêmes signes.

Cliché : 26 décembre. Champ pulmonaire droit : rétraction thoracique légère. Lobite supérieure droite excavée avec « mie de pain » à mailles multiples et très inégales. Le parenchyme sous-jacent est semé de taches plus fines et plus fournies, dans la partie de régions péri-hilaires.

Champ pulmonaire gauche : « Mie de pain » dans les trois quarts supérieurs du champ.

Température 37°5-38°5. Poids stationnaire. Tousse et crache beaucoup.

Rentre chez elle le 13-1-26 sur sa demande.

Décédée mars 1926.

OBSERVATION XXXIV

P. A..., manutentionnaire, 16 ans et demi.

Hospitalisée le 16 avril 1926, salle Dieulafoy, n° 9.

La malade entre à l'hôpital, parce qu'elle tousse et crache depuis le 9 février 1926 après une angine suivie d'une bronchite.

Antécédents héréditaires : Père mort tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : Deux angines : en mai 1924 et février 1926, cette dernière suivie de bronchite.

A son entrée dans le service, la malade tousse un peu, crache un peu, a maigri de 5 kgr. depuis février.

Examen radioscopique : 21-4-26. A gauche : sinus normaux, densification entre la clavicule gauche et le hile. Taches calcifiées à la base gauche. Semis de petites taches et lacis de marbrures du champ pulmonaire droit ayant son maximum de densification dans le lobe supérieur, avec limite inférieure nette.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite : sub-matité sous la clavicule, pas de bruits adventices. En arrière : matité au sommet ; vibrations augmentées ; quelques râles bulleux gros et fins après la toux.

Tension artérielle 11 $\frac{1}{2}$-6 $\frac{1}{2}$. B. K. +. *Température* 38°5 à 39°.

Cliché : A droite : rétraction thoracique légère. Le lobe supérieur présente une opacité à limite inférieure linéaire scissurale. Cette opacité présente l'aspect en « mie de pain », au niveau de la clavicule. Le reste du champ est parsemé de taches fines, principalement dans la région hilaire.

Champ pulmonaire gauche : Présente, entre le hile et l'apex, un lacis de marbrures occupant la partie interne du sommet.

Examen stéthacoustique : Mêmes signes qu'en avril à droite : mais à gauche, en arrière : souffle spéloncaire avec gros bulleux dans la zone inter-scapulo-vertébrale.

La malade, malgré le repos, conserve un très mauvais état général.

Température oscillante 38° à 39°. Toux et expectoration très fréquentes ; envoyée à Bicêtre.

OBSERVATION XXXV

C. A..., 30 ans.

Hospitalisée le 25-12-24.

Vient de faire une fausse-couche de 4 mois et demi, depuis qu'elle était enceinte se sentait très affaiblie, toussait un peu et maigrissait (5 kgr. en 4 mois).

A son entrée, toux et expectoration fréquente. B. K. +, sub-fébrile.

Examen radioscopique : C. P. G. radioscopiquement normal.

Infiltration de tout le lobe supérieur droit avec limite inférieure nette. Diminution de la transparence de la base droite, avec rétraction modérée des côtes et du diaphragme. Sinus costo-diaphragmatique, peu expansible et mousse. Bord droit du cœur très modérément rétracté.

Cliché : C. P. D. forte densification de la moitié supérieure avec quelques petites taches claires, discrètes sur cette densification. Calcification au-dessous du hile. Arborisation et taches calcifiées dans la moitié inférieure. Rétraction diaphragmatique cardio-aortique.

C. P. G. Hile empâté avec quelques calcifications. Arborescences assez épaisses.

Examen stéthacoustique : A droite, en avant, sub-matité sous la clavicule, souffle tubo-cavitaire, râles bulleux et craquements.

A gauche : inspiration rude, expiration prolongée.

En arrière, vibrations exagérées, matité du sommet droit, bronchophonie, souffle tubo-cavitaire, craquements secs et bulleux.

A gauche, transmission du souffle. Dans le creux axillaire à droite, souffle tubo-cavitaire et craquements fins.

B. K. +.

Pneumothorax institué le 5-12-24 ; pas de décollement.

La malade rentre chez elle sur sa demande. Très mauvais état général.

Décédée décembre 25.

OBSERVATION XXXVI

T. R..., 32 ans.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Dieulafoy, le 29-6-26, pour toux fréquente et amaigrissement marqué.

Le début semble remonter à mai 26, trois mois après un accouchement d'un enfant vivant pesant 3 kg. 250, que la malade nourrit pendant 3 mois et demi ; commence alors à tousser et à avoir une expectoration abondante. Température 38°. Sueurs nocturnes.

Antécédents héréditaires : Père mort de bronchite chronique.

Antécédents collatéraux : Un frère de 18 ans soigné à Berck pour coxalgie.

Antécédents personnels : Bien portante jusque là.

A eu 4 enfants dont 1 mort de méningite.

A son entrée dans le service : toux et expectoration fréquente, voix voilée. B. K. +.

Examen radioscopique : Densification du lobe supérieur droit à limite inférieure scissurale.

Vaste spélonque sous la clavicule.

Semis de taches et marbrures sur la moitié supérieure du C. P. gauche avec spélonque apexienne de 3 cm. de diamètre. Base normale.

Examen stéthacoustique : C. P. D. En arrière à droite et à gauche, matité dans le tiers supérieur. Vibrations diminuées à droite, souffle tubo-cavitaire, gros bulleux, écho cavitaire de la toux. A gauche, inspiration rude, expiration prolongée, bulleux fins.

En avant, sub-matité sous la clavicule, mêmes signes qu'en arrière.

Cliché : Densification du tiers supérieur du C. P. D. dont la limite inférieure scissurale n'apparaît pas nettement, spélonque de 5 cm. de diamètre environ. Taches et marbrures dans le reste du C. P.

C. P. gauche, densification de la moitié supérieure sans limite inférieure nette.

La malade tousse moins, sa température ne dépasse pas 37°5 ; poids stationnaire ; rentre chez elle le 30-7-26. Suivie au dispensaire.

OBSERVATION XXXVII

C..., 49 ans, sans profession.

Entrée à l'hôpital le 30 octobre 1922, parce qu'elle a eu deux crises d'étouffements nocturnes il y a à peu près un mois. Depuis la dernière crise, elle tousse et a des expectorations purulentes avec quelques filets de sang. A son entrée dans le service, la malade présente un assez bon état général, tousse seulement un peu le matin avec expectorations mucopurulentes. Aucun antécédent tuberculeux.

Examen radioscopique : Lobite supérieure droite. A gauche quelques taches dans la région du hile.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite, au sommet, sub-matité, augmentation des vibrations, râles bulleux après la toux, souffle tubo-cavitaire.

A gauche : sub-matité, quelques râles bulleux après la toux.

En arrière : matité au sommet droit, et sub-matité au sommet gauche. Augmentation des vibrations à droite. Râles bulleux après la toux, quelques craquements dans la zone d'alarme, inspiration rude, expiration prolongée et soufflante.

A gauche, mêmes signes plus discrets.

Dans le creux axillaire, à droite et à gauche, bulleux et craquements secs.

Température entre 37° et 38°. B. K. +.

Cliché : Opacité absolue du lobe supérieur, limitée à la scissure, quelques taches discrètes au-dessous. A gauche, la partie moyenne est assombrie par des marbrures et des taches.

Rentrée chez elle le 12 novembre. Pas suivie.

Décédée avril 1924.

OBSERVATION XXXVIII

K. A..., femme de chambre, 24 ans.

Entre à l'Hôpital Laënnec, salle Quesnay, le 26-1-26.

Tousse et crache un peu depuis 3 mois ; léger enrouement depuis quelques semaines.

Il y a un mois deux hémoptysies (une cuillerée à soupe), amaigrissement de 3 kgr. en 3 mois. Douleur dans la région sus-épineuse droite.

Dyspnée, sueurs abondantes. Température oscillant entre 37°5 et 38°.

Antécédents personnels : Bien portante jusque là.

Antécédents héréditaires : Père atteint de tuberculose pulmonaire.

Au moment de son entrée dans le service : tousse peu, crache peu, se plaint d'une douleur au niveau du sommet droit. Sub-fébrile. B. K. +.

Radioscopie : 27-1-26. Très légère rétraction de l'hémi-diaphragme et des côtes droites. Sinus costo-diaphragmatiques normaux.

Moitié supérieure du poumon droit assombrie ; limite inférieure scissurale. Sous la clavicule : aspect en « mie de pain ». Quelques taches à la base.

Examen stéthacoustique : En arrière, à droite : sub-matité dans le tiers supérieur. Vibrations augmentées. Souffle tubo-cavitaire, retentissement de la voix à la toux.

En avant : sub-matité sous la clavicule ; inspiration rude et expiration prolongée et soufflante.

A gauche : respiration normale.

Cliché : 30-1-26. Champ pulmonaire droit : Opacité du tiers supérieur, à limite inférieure nette. Cette opacité n'est pas homogène. « Mie de pain ». Sur le reste du champ pulmonaire lacis de marbrures et taches fines disséminées.

Champ pulmonaire gauche : I. T. N., sauf exagération des ombres broncho-vasculaires.

Pneumothorax institué le 5-2-26, arrêté pour cause de manque de décollement.

La malade reste deux mois à l'hôpital. Sa température est régulière. Elle tousse et expectore un peu moins. Augmentation de poids de 1 kg. 500. Rentre chez elle. Suivie au dispensaire.

OBSERVATION XXXIX

Mme B. J..., 21 ans, ouvrière en bijouterie.

Hospitalisée Salle Piorry, n° 20, 28 avril 1922.

Entre parce qu'elle tousse, crache et est très asthénique depuis qu'elle est enceinte.

Antécédents héréditaires : Père mort de tuberculose pulmonaire en 1910.

Antécédents personnels : A 14 ans, fluxion de poitrine, reste alitée 15 jours, congestion pulmonaire 3 ans de suite à la même époque. Anémie. Toussait toujours un peu le matin.

Depuis décembre, début de sa grossesse, la malade tousse davantage. Au mois de février est obligée de s'aliter 3 semaines, tousse et expectore beaucoup. Sueurs nocturnes. Forte température.

Au moment de son entrée dans le service : très mauvais état général, anorexie, toux et expectoration fréquentes. B. K. = +.

Température entre 37° à 38°.

Tension artérielle : 10-5.

Deux gros ganglions cervicaux.

Examen stéthacoustique : A droite, en avant : matité dans la clavicule, inspiration rude et soufflante, expiration prolongée, quelques râles bulleux.

A gauche : râles bulleux fins dans la fosse sus-claviculaire. Dans le creux axillaire droit, respiration soufflante seulement.

En arrière : matité au sommet droit, souffle tubo-cavitaire, râles bulleux moyens, quelques frottements, bronchophonie.

A gauche : inspiration rude, expiration soufflante et prolongée, quelques bulleux après la toux. Pectoriloquie aphone.

Cliché : C. P. D. Forte densification de la moitié supérieure à limite inférieure très nette, très sombre, concave en bas et en dehors. Une spélonque à contour irrégulier transparaît sur cette densif. au-dessus de la clavicule. Hile épaissi et touffu avec arborisations marquées surtout au niveau de la bronche. inférieure. Une calcification immédiatement au-dessous du hile.

C. P. G. Hile épais, touffu, avec arborisation à aspect en nid d'abeilles immédiatement au voisinage et au-dessus du hile, quelques petites taches au-dessus de la clavicule. Quelques calcifications au-dessous du hile près du bord gauche du cœur.

La malade sort le 6 mai. Elle rentre le 18 août après accouchement d'un enfant au huitième mois, pesant 2 kgs. Température de 38°5 à 40°. Hémoptysie abondante environ 8 jours après l'accouchement.

Examen stéthacoustique : A droite, en avant, inspiration rude, expiration prolongée et soufflante, gros râles bulleux.

A gauche : Râles bulleux dans le creux sus-claviculaire.

En arrière : Matité du sommet droit, sub-matité du sommet gauche.

A droite : souffle tubo-cavitaire, râles bulleux, moyens jusqu'à la pointe de l'omoplate.

A gauche : râles bulleux après la toux dans les fosses sus et sous-épineuses.

Cliché : Opacité du lobe supérieur sur laquelle se détache une vaste spélonque. Bande scissurale très marquée, spélonques et taches sur le lobe moyen. Taches discrètes à la base. Sinus costo-diaphragmatique normal.

A gauche, petites taches apexiennes près de la colonne vertébrale, marbrures et taches se dessinant sur un fond assombri jusqu'au milieu de l'hémithorax. Petite spélonque à la partie interne de la zone assombrie. Sinus normal.

En septembre 22, la malade commence à avoir une toux hémétisante, la température se maintient aux environs de 39°-40°, rentre chez elle sur sa demande.

Décédée en octobre 22.

OBSERVATION XL

L. L..., 21 ans, employée de commerce.

Hospitalisée le 2 novembre 23, salle Quesnay, n° 10, pour toux et expectoration.

A. H. : Père mort tuberculose.

A. P. : A 14 ans, bronchite, 5 mois dans un sanatorium à Chambéry.

Tousse depuis mai surtout, toux sèche et quinteuse, le matin, pas d'expectoration.

Accouchement en 1922 d'un enfant mort à 8 mois de bacillose.

Au moment de son entrée dans le service : assez bon état général.

Température 38°7.

Tousse peu, crache peu.

B. K. +.

Radioscopie : Rétraction de la trachée à droite. Densification du lobe supérieur droit avec limite inférieure scissurale. Vaste spélonque occupant toute la longueur du sommet le long de la paroi externe du thorax. Fines taches et marbrures au-dessous du lobe supérieur. Phénomène du feston. Sinus costo-diaphragmatique aigu, clair, mobile.

Examen stéthacoustique : 5 novembre 23. En avant, submatité sous la clavicule. Souffle tubo-cavitaire et gros râles bulleux. Rien à gauche. En arrière, à droite : matité s'étendant du sommet jusqu'au tiers inférieur de l'hémithorax droit. Vibrations diminuées, bronchophonie, inspiration rude, expiration prolongée, gros râles bulleux dans les fosses sus et sous-épineuses. A gauche, sub-matité, inspiration rude,

expiration prolongée. Quelques bulleux fins après la toux dans la région para-vertébrale.

Cliché : 7 nov. 1923. C. P. D. Forte densification du tiers supérieur avec volumineuse spélonque traversée par la clavicule ; sur la partie moyenne du C. P., nombreuses taches et arborisations épaissies.

C. P. G. Arborisations serrées allant du hile à la région apexienne. Coupe oblique de bronches au voisinage immédiat du hile. Petites taches disséminées sur les arborisations au-dessus et au-dessous de la clavicule. Nid d'abeilles au-dessus de la clavicule.

Part en décembre 23, sur sa demande, dans son pays, à Quimperlé.

Décédée en 1925.

OBSERVATION XLI

A. L..., 21 ans.

Entre à l'hôpital Laënnec le 30 décembre 1920 pour toux fréquente, points de côté à droite. Hospitalisé à l'Hôpital Rotschild du 23 septembre au 23 octobre, après une légère hémoptysie. Ne peut préciser le début de sa maladie, dit s'être senti très affaibli depuis l'hiver dernier. Depuis octobre, quatre hémoptysies. Léger amaigrissement de 3 kgr. en 4 mois. Sub-fébrile, tousse et crache beaucoup. B. K. +. Sueurs nocturnes. Etat général médiocre.

Examen radiologique : Champ pulmonaire gauche normal, à cela près que le sommet est nuageux à la toux. A droite : diminution de transparence de la moitié supérieure du champ pulmonaire à limite inférieure nette et transversale, surtout dans les incidences élevées de l'ampoule. Sur cette diminution de transparence, on aperçoit des taches et des marbrures confluentes sous la clavicule, plus effacées dans les premiers espaces intercostaux.

Ombres hilaires très arborescentes et chargées de calcifi-

cations au pédicule. Base et sinus costo-diaphragmatiques droits, normaux.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité dans le tiers supérieur. Souffle tubo-cavitaire, râles sous-crépitants. En avant : mêmes signes. A gauche, au sommet, respiration un peu rude. Quelques bulleux fins après la toux.

Légère amélioration, tousse et crache moins.

Sorti sur sa demande le 25 janvier 1921, pas revu.

Décédé en 1923.

Evolution de la lobite traitée par le pneumo-thorax artificiel

Le pronostic de la tuberculose lobaire est en grande partie subordonné au moment de l'évolution où le diagnostic a été posé et où un traitement rationnel a pu être institué.

Le pneumothorax artificiel constitue le procédé de choix actuellement. Mais les résultats obtenus sont variables selon qu'il s'agit de lobites isolées comprimées dès la période de début, le collapsus s'opposant à l'extension des lésions ou de lobites associées à des lésions disséminées.

Pneumothorax dans les cas de lobite sans lésions surajoutées. — Quelques malades ont refusé le traitement. D'autres n'ont pu le suivre pour cause de manque de décollement. Ce dernier empêchement est rare en cas de lobite isolée. Dans notre statistique nous n'en trouvons que deux cas, sur 24 malades, soit 8 %.

Nous avons déjà vu rapidement, en traitant de

l'évolution des lobites, que la majorité de ceux qui ont pu être traités un temps suffisant pour qu'on puisse se faire une opinin sur le résultat de ce mode thérapeutique étaient très améliorés.

La majorité des malades, dans les 22 observations où le pneumothorax est continué depuis des périodes variant de 6 mois à 3 ans, nous notons 14 améliorations, qu'on peut même considérer dans 4 cas, comme des guérisons ; les malades ont pu reprendre leur travail normalement, n'ayant plus ni toux ni expectoration, aucune élévation de température, ni diminution de poids (observations 43, 46, 47, 48).

Dans 4 cas, nous avons pu suivre l'éclaircissement progressif du lobe condensé, dont la transparence ne diffère plus de celle des autres parties saines du poumon. Nous avons là une preuve de plus de la nature pneumonique du début de ces lésions lobaires.

OBSERVATION XLII

A. M..., 21 ans, employée de bureau.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Dieulafoy, le 1-12-25.

Depuis 8 mois, amaigrissement de 2 kgr. Anorexie, fatigue générale, dyspepsie, point douloureux au sommet droit. Pas de température, pas de sueurs nocturnes.

En janvier, légère hémoptysie.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Antécédents personnels : Bronchites à répétition.

A vécu à la campagne jusqu'en 1919. Depuis, a travaillé à Paris dans un bureau.

Examen radioscopique : 25-12-25. A droite, densification du tiers supérieur du champ pulmonaire à limite inférieure nette et image lacunaire sous la clavicule. A gauche, augmentation des ombres hilaires, le reste du champ pulmonaire est normal.

Examen stéthacoustique : En avant, inspiration rude, expiration prolongée. Quelques râles bulleux. En arrière, submatité du sommet droit. Souffle tubo-cavitaire dans la fosse sus-épineuse. Quelques bulleux fins dans la fosse sus-épineuse.

Cliché : Le 6-2-26. Lobite supérieure droite à opacité non homogène. Spélonques multiples au-dessus de la clavicule. Le reste du parenchyme n'est pas indemne. Nombreuses taches disséminées.

Poumon gauche : pratiquement normal ; cependant, ombre hilaire marquée.

Pneumothorax institué le 10 février 1926.

Examen radioscopique : Pas de décollement pariétal. Le sommet est décollé.

18-2-26 : Pas de liquide, décollement complet du lobe supérieur qui est plus dense que les autres lobes.

La malade rentre chez elle. Le pneumothorax est continué au dispensaire.

8-8-26 : Très bon décollement. Le lobe supérieur éclairci est bien comprimé. Pas de D. M., pas de D. S. Augmentation de poids de 514 grammes. Pas de température. Bon état général.

OBSERVATION XLIII

C. X..., étudiant, 17 ans.

Vient consulter au dispensaire le 29-5-25, pour faiblesse générale, toux et expectoration.

Examen radioscopique : A droite, plages d'ombre sensiblement homogènes, occupant le tiers supérieur du champ pulmonaire avec limite-scissure nette (lobite supérieure droite).

Légère diminution de transparence sous la clavicule gauche, même aspect en arrière.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, dans le tiers supérieur, sub-matité, augmentation des vibrations ; souffle tubo-cavitaire, râles fins. En avant, sub-matité sous la clavicule. Râles bulleux fins après la toux.

Hospitalisé le 22-6-25, à l'hôpital Laënnec. Le début semble remonter à mars par un rhume léger, accompagné de toux sans expectoration.

Le 15 mai tousse plus. A de la température vespérale et remarque quelques filets de sang dans ses crachats. Amaigrissement.

Bien portant jusque là. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ni personnels.

Examen stéthacoustique : 24-6-25. Champ pulmonaire droit : En avant, sub-matité sous la clavicule. Inspiration rude, expiration prolongée. Râles bulleux après la toux.

En arrière : sub-matité dans le tiers supérieur. Augmentation des vibrations. Souffle tubo-cavitaire. Râles bulleux fins et moyens dans la fosse sus-épineuse, pectoriloquie aphone. Bronchophonie.

Cliché : 24 juin 1925.

Champ pulmonaire gauche : I. T. N.

Champ pulmonaire droit : Rétraction costale, trachéale et aortique. Diminution de transparence du tiers supérieur du champ pulmonaire due à une densification du lobe supérieur à forme de lobite bien arrêtée à la scissure qui est, elle-même, rétractée 6 cm. au-dessous de la clavicule. Aspect en « mie de pain » sous la clavicule. Rien à la base.

Pneumothorax thérapeutique pratiqué le 29-6-25.

Radioscopie : Le malade ne fait pas de température, présente un bon état général, n'a pas de B. K. les deux derniers mois et sort le 5 août.

Il est suivi au dispensaire où son pneumothorax est conti-

nué. Très bon état général. On voit progressivement le lobe densifié, s'éclairer complètement ; très bonne compression, ne crache pas, ne tousse pas, augmente de poids, travaille.

OBSERVATION XLIV

W. T..., 12 ans.

Entré à l'hôpital des Enfants-Malades : 17 juillet 1925.

Il a eu des bronchites depuis son bas âge, la coqueluche à 8 ans, et tousse tous les hivers. N'a jamais pu rester en classe plus de 3 ou 4 mois. En 1923, il est envoyé par le dispensaire Léon Bourgeois à l'île d'Oléron, où il reste 7 mois. Il revient fin 1923, mais est toujours fatigué.

Antécédents héréditaires : Mère morte de tuberculose lorsque l'enfant avait environ 2 ans. Père bien portant.

Examen : Enfant anémique, amaigri ; diminution de poids 500 gr. en 3 semaines. Sueurs abondantes la nuit. B. K. = 0. Cuti +.

Examen stéthacoustique : Sub-matité dans la fosse sus-épineuse droite, vibration augmentée, bouffée de râles crépitants fins après la toux.

En avant, mêmes signes. Rien à gauche.

19 juillet 1925 : *Radioscopie*. Bande de scissurite supérieure droite, large de 2 à 3 cm., bien limitée en bas, à limite floue en haut. Toute la partie sus-jacente du poumon droit est diminuée de transparence. Le reste des champs pulmonaires est bien clair, le diaphragme bien mobile.

A gauche : I. T. N.

22 juillet : *Cliché* : Lobe supérieur droit uniformément gris, bande scissurale très nette, reste du champ pulmonaire normal.

A gauche : I. T. N.

Pneumothorax thérapeutique le 23-7-26.

Radioscopie : 24 juillet 1925. Beau décollement, lobe supérieur reste toujours opaque avec limite scissurale nette.

Septembre 1925 : Beau décollement.

Bon état général. Pas de température. Les insufflations sont continuées dans le service du Professeur L. Bernard à l'hôpital Laënnec.

23 juillet 1926 : A augmenté de poids, tousse très peu, ne crache pas.

Examen radiologique : Beau décollement. Le lobe supérieur est éclairci et d'une transparence à peu près semblable à celle du reste du champ pulmonaire.

Pas de température. Tousse peu, ne crache pas, mais diminution de poids de 2 kgr. en 2 mois.

OBSERVATION XLV

P. A..., boulanger, 37 ans.

Hospitalisé le 12-12-25, à l'hôpital Laënnec, salle Hanot.

Le malade dit s'être senti affaibli et avoir ressenti des points de côté fréquents à droite depuis un mois, il toussait seulement deux ou trois fois le matin, lorsque, le 11 novembre, il est surpris par une hémoptysie assez abondante (un verre à bôire environ), suivie de crachats sanglants les 2 ou 3 jours après.

Il tousse et crache peu. N'a pas de température, mais note un amaigrissement de 5 kgr. en un mois.

Aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

Antécédents personnels : Dysenterie en 1917. Congestion pulmonaire il y a deux ans.

Examen radiologique : Le tiers supérieur du champ pulmonaire droit est assombri dans son ensemble avec limite inférieure nette.

Examen stéthacoustique : En arrière, à droite, un peu de sub-matité seulement. Vibrations augmentées. Inspiration rude, expiration prolongée.

En avant : légère sub-matité.

Rien à gauche.

Le pneumothorax est institué le 22-12-25.

Radioscopie : 28-12-25. Bon décollement. Le lobe supérieur est dense et se détache nettement des autres lobes bien comprimés.

Radioscopie : 6-8-26. Très bon décollement. Le lobe supérieur est de transparence normale. Pas de D. M. Pas de D. S. Très bon état général. Tousse et crache très peu Examen des crachats négatif depuis 6 mois.

Ces malades sont suivis depuis des périodes variant de 1 an à 3 ans.

Les autres bacillaires dont l'état est amélioré et dont une est suivie depuis 3 ans, ont pu reprendre leurs occupations et, s'ils toussent et expectorent encore un peu, la recherche de B. K. reste négative pendant plusieurs mois et l'absence de température élevée, leur état général excellent, font espérer la guérison.

Nous avons trois observations de malades dont l'état général se maintient bon. Ils ne peuvent cependant encore mener une vie normale, ils toussent et expectorent peu, mais leur température et leur poids varient au moindre écart de régime.

Chez 5 malades (observations 55, 56, 57, 58, 66), dont deux sont décédés, les lésions ont continué à évoluer malgré le traitement, l'une ayant fait des lésions à gauche continue à tousser beaucoup et à maigrir de plusieurs kilogs ou bout de 4 mois. Chez la malade de l'observation 55, le pneumothorax a pu être arrêté après 3 insufflations devant le mauvais

état général, la persistance de la température oscillant entre 38 et 39.

Une des malades décédées a fait une évolution terminale à type pneumonique du côté opposé (observation 58), l'aspect radiologique de cette lésion était de forme triangulaire à base axillaire et se rapprochait des observations de lobite symétrique citée dans la thèse du docteur J. Chabaud. Mais le sommet du champ pulmonaire gauche était resté clair, dans le cas que nous rapportons, il ne s'agissait donc pas d'une lobite telle que nous l'avons définie.

La statistique de ces cas nous donne pour les cas de lobite isolée traitée par le pneumothorax, un ensemble de résultats supérieurs à ceux publiés par MM. Léon Bernard, Baron et Valtis, soit 63 % des résultats satisfaisants, lorsque ces auteurs en relèvent 56 et si nous réunissons les deux états stationnaires et les 5 aggravations, 36 % d'échec, tandis qu'ils en comptent 44.

OBSERVATION XLVI

D. A..., 19 ans et demi, employé de bureau.

Est hospitalisé à l'hôpital Laënnec, salle Brissau, le 4-4-25, parce qu'il se sent fatigué et tousse un peu depuis deux mois.

Antécédents héréditaires : Père atteint de bronchite chronique.

Début : il y a trois mois par une bronchite avec toux, mais sans expectoration. Après un séjour d'un mois à la campagne, se croyant tout à fait rétabli, le malade rentre à Paris et reprend son travail, mais se sent fatigué, tousse et crache

un peu le matin, il vient consulter au dispensaire et est hospitalisé.

A son entrée dans le service tousse peu, crache peu. Examen des B. K. +. Léger amaigrissement. Température régulière.

Examen radioscopique : A gauche I. T. N.

A droite : plage d'ombre homogène, occupant le tiers supérieur et à limite scissurale d'aspect lobaire.

Examen stéthacoustique : Poumon droit, en arrière, dans tout le tiers supérieur, sub-matité avec vibrations exagérées, expiration soufflante, gros râles bulleux dans la fosse sus-épineuse, pectoriloquie aphone.

En avant : mêmes signes. Rien à gauche.

Pneumothorax : Le 16-4-25.

Très bon décollement, pas de température. Augmentation de poids. Sort le 2 mai 1925 et les insufflations sont continuées au dispensaire Léon Bourgeois.

8-8-26 : Très bon état général. Ne tousse, ni ne crache plus. Travaille.

OBSERVATION XLVII

A..., 26 ans, préparateur en pharmacie.

Vient consulter au dispensaire, le 6-3-26, parce qu'il maigrit et a eu une hémoptysie en Janvier.

Examen radiologique : Lobite supérieure gauche avec petite spélonque à la partie inférieure.

A droite : I. T. N.

Examen stéthacoustique : Sub-matité au sommet gauche. Vibrations augmentées.

Hospitalisé Salle Honot, n° 27, le 26-4-26, en vue d'un pneumothorax.

Le malade dit avoir eu des bronchites fréquentes depuis l'âge de 14 ans. Hospitalisé 3 semaines en Russie pour bronchite. Toussait et crachait toujours un peu, le matin seulement.

Depuis un an : plus fatigué, tousse davantage, a des sueurs nocturnes.

Température : 37°5 à 38° le soir.

En janvier : légère hémoptysie.

Au moment de son entrée : tousse et crache un peu. B. K. +, mais bon état général.

Examen stéthacoustique : Sub-matité au sommet gauche en arrière. Vibrations exagérées, quelques râles bulleux après la toux dans la zone inter-scapulo-vertébrale.

En avant : sub-matité sous la clavicule. Râles bulleux fins après la toux. Rien à droite.

Pneumothorax thérapeutique institué le 10 *mars* 1926.

L'état général du malade est très bon. Il augmente de poids, n'a pas de température. Il sort du service et les insufflations sont continuées au dispensaire.

Examen radioscopique le 8-8-26.

Très bonnne compression. Pas de D. M. Pas de D. S. Bon état général. Travaille.

OBSERVATION XLVIII

D. B..., 40 ans, sans profession, dispensaire le 20-6-23.

Entre à l'Hopital Laënnec le 3 janvier 1924.

La malade se plaint de toux fréquente, de point de côté fugace à gauche et d'une grande faiblesse ; elle fait remonter le début de ces symptômes à 2 ans, progressivement devenus plus intenses, sans incident aigu. Il y a deux mois, elle a dû cesser tout travail, ayant des sueurs nocturnes abondantes, température vespérale 38°, amaigrissement de 6 kgs. en trois mois.

Au moment de son entrée dans le service, tousse peu ; expectoration muco-purulente peu abondante. B. K. +.

Mari réformé pour condensation du poumon gauche.

Examen radioscopique : Champ pulmonaire droit : I. T. N. Densification du tiers supérieur du champ pulmonaire gauche

à limite inférieure nette. Deux images spéloncaires transparaissent sur cette densification.

Examen stéthacoustique : Sub-matité au sommet gauche en arrière. Vibrations exagérées. Inspiration rude, expiration prolongée et soufflante, quelques râles bulleux moyens. En avant, dans toute la partie supérieure du thorax, inspiration rude, expiration soufflante, râles bulleux après la toux. A gauche, dans l'aisselle : quelques frottements. Rien à droite.

Cliché : Forte densification des 2/3 supérieurs du champ pulmonaire gauche. Spélonque arrondie visible sur cette densification. Sous la clavicule, quelques fines taches. Sur la partie moyenne plusieurs taches confluentes à contours nets au niveau du hile. Champ pulmonaire droit. Sommet transparent. Hile épaissi surtout dans sa moitié inférieure avec nombreuses herborisations.

Pneumothorax institué le 12 janvier 1924.

Radioscopie : Très beau décollement, cœur très peu refoulé à droite. Diaphragme gauche légèrement abaissé ; trace infime de liquide.

Sortie le 1er mars. Le pneumo est continué au dispensaire.

Le 26-8-26. *Examen radiologique* : très beau décollement. Pas de D. M. pas de D. S.

Très bon état général. Ne tousse pas. Ne crache pas. Travaille.

OBSERVATION XLIX

R. S..., blanchisseuse, 19 ans, entre à l'hôpital Laënnec, salle Morny, le 6-12-23.

A commencé à tousser en octobre 1923 ; maigrissement de 3 kgr. ; pas de température ; pas d'hémoptysie.

Antécédents héréditaires : mère décédée tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : bronchite en 1919 et en 1922.

Examen radioscopique : A droite, sommet mal lumineux à la toux et renfermant de petites taches plus foncées, mais très confluentes. Pas d'aspect cavitaire net. Grosse densification du lobe supérieur à limite scissurale nette. Le lobe inférieur et peut-être le lobe moyen sont de transparence normale.

Examen stéthacoustique : A droite, en avant, sub-matité sous la clavicule, quelques râles bulleux. En arrière, matité dans le tiers supérieur ; vibrations augmentées ; souffle tubo-cavitaire, râles bulleux dans la fosse sus-épineuse. Craquements secs à la pointe de l'omoplate. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone.

Pneumothorax : le 12 décembre 1923. Bon décollement. La malade ne fait pas de température.

12 février : *Pneumothorax* droit sec. La chambre de décollement s'étend à la partie externe de la poitrine depuis le milieu du thorax jusqu'à la base.

Augmentation de poids de 6 kgr.

Sortie le 9-10-24.

Bon état général. Pas de température. Augmente de poids. Rentre chez elle et vient faire faire ses insufflations au dispensaire. Grosse amélioration. Ne tousse ni ne crache plus ; température régulière. Bon état général.

OBSERVATION L

H. L..., 22 ans, employée de bureau.

Vient consulter au Dispensaire Léon Bourgeois, le 25-6-24, pour fatigue générale et toux légère.

Examen radioscopique : Sommet droit nuageux à la toux ; lobite supérieure droite. A gauche : champ pulmonaire sensiblement normal.

Examen stéthacoustique : Rien d'anormal à l'exception d'une inspiration un peu rude au sommet droit.

La malade dit avoir toujours toussé un peu. Elle ressent des

points douloureux et tousse plus depuis 2 ans, mais sans expectoration.

En janvier 1925 elle doit cesser de travailler.

En juin 1925, toux fréquente.

Hospitalisée à Saint-Louis, 3 mois pour congestion pulmonaire. *Température* 39° à 40°.

Antécédents héréditaires : Mère morte à 21 ans de la tuberculose.

Antécédents personnels : Pneumonie à deux ans. Anémie constante.

Au moment de son entrée dans le service : état général médiocre. Tousse peu, ne crache pas, dyspnée légère. Pas de sueurs nocturnes. Points douloureux à la base droite.

Température : 38° à 39°. B. K. +.

Douleurs gastriques après les repas. Diarrhée pendant 15 jours, ayant cessé le 8 mars.

Examen radioscopique : 2-3-26. Lobite supérieure droite avec aspect en « mie de pain ». Reste du champ pulmonaire clair.

Examen stéthacoustique : En arrière, matité du sommet droit. Souffle tubo-cavitaire et quelques râles bulleux fins dans la zone sus-épineuse. Vibrations augmentées. Pectoriloquie aphone. Bronchophonie.

En avant : même signes. Rien à gauche.

Pneumothorax thérapeutique institué le 15-3-26.

Cliché : 17-3-26. Pneumothorax droit avec surface de liquide. Lobe supérieur dense. A gauche : marbrures à surveiller.

Encore hospitalisée. Pneumothorax continué. Bon état général. Température régulière.

OBSERVATION LI

M. A..., 25 ans, domestique.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Piorry, le 23-2-24. La malade entre pour toux et expectoration et température ves-

pérale. Son mari est décédé en 1923, d'une bronchite chronique. Avait été réformé à 100 %. La malade a toujours été bien portante jusqu'en avril 1918, où elle eut une forte grippe.

Il y a deux mois, elle contracte une nouvelle grippe et depuis continue à tousser et à cracher. B. K. = +. Est très anémiée, asthénique ; a des douleurs thoraciques surtout marquées au niveau de l'hémithorax droit.

Examen radiologique : Thorax large, sinus costaux diaphragmatiques normaux, taches calcifiées situées en dehors du point G. A droite, diminution de la transparence de la moitié supérieure du poumon droit avec limite inférieure nette et à type scissural. Spélonque de 3 cm. de diamètre, située immédiatement au-dessus de la clavicule. Cette spélonque contient du liquide.

Examen stéthacoustique : Champ pulmonaire droit : En avant, sub-matité sous la clavicule, quelques bulleux dans la fosse sous-claviculaire. Inspiration rude. Expiration prolongée. En arrière : sub-matité dans le tiers supérieur. Vibrations augmentées. Inspiration rude, expiration prolongée. Râles bulleux après la toux dans la zone inter-scapuleuse vertébrale.

Le pneumothorax thérapeutique est institué le 4 mars. Réaction fébrile ; température 38-39°5. La température baisse le 23 mars. L'état général s'améliore ; la malade augmente de poids de 3 kgr. en 6 mois.

Les insufflations sont continuées au dispensaire. Grosse amélioration. Ne tousse et ne crache plus.

OBSERVATION LII

G. E..., 21 ans, ménagère, hospitalisée le 7-7-25, salle Mosny, Hôpital Laënnec.

Début apparent : Trois semaines après le dernier accouchement, il y a 2 mois et demi, par un point de côté à droite ; température s'élevant de 38° à 39°8 pendant 6 jours.

Amaigrissement de 10 kgr. en 6 semaines, asthénie, sueurs nocturnes.

A son entrée : point de côté droit, tousse le matin et le soir, crache peu, dyspnée d'effort, asthénie légère, température 37°5 à 38°5.

B. K. +.

Cicatrice surface externe jambe droite, provenant d'une suppuration ayant duré 2 mois à l'âge de 13 ans.

Hémi-face congestionnée du côté droit.

Radioscopie : Lobite supérieure droite, rien à gauche.

Examen stéthacoustique : En arrière, champ pulmonaire droit. Légère sub-matité dans la fosse sus-épineuse, vibrations augmentées, quelques râles bulleux. Bronchophonie. En avant : râles bulleux après la toux dans la fosse sus-claviculaire.

Cliché : Le tiers supérieur du champ pulmonaire droit est assombri par des taches et marbrures. On note deux spélonques de la largeur d'une pièce de un franc environ ; l'une située au-dessus de la clavicule, l'autre au-dessous. La limite inférieure est nette. Rien à la base.

Champ pulmonaire gauche : normal.

Pneumothorax : Le 24 juillet. Bon décollement. Amélioration de l'état général. La malade est envoyée à Ivry, où le pneumothorax est continué.

4-8-26 : La malade est rentrée chez elle et continue les insufflations au dispensaire Léon Bourgeois. Pas de température ; tousse et crache peu. B. K. +. Poids stationnaire.

OBSERVATION LIII

E..., femme de ménage, 37 ans, salle Dieulafoy, 10-3-26.

Entre pour toux par quintes nocturnes et matinales, accompagnées d'état fébrile.

Novembre 1925 : Premier symptôme pulmonaire. Début brusque par un frisson et des points de côtés bilatéraux. Tem-

pérature 40°, avec toux, expectoration rare, mousseuse, blanche. Le médecin appelé diagnostique une congestion pulmonaire.

Cette phase aiguë dure environ 10 jours. La malade recommence à travailler le 15 janvier, mais elle souffre de points de côté multiples, tousse par quintes fréquentes, a une expectoration blanchâtre, des sueurs nocturnes, est très affaiblie, maigrit.

Aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

Habite dans une chambre humide et mal aérée.

A son entrée, expectorations épaisses et jaunes. B. K. + +.

Température 37°5 à 38°. *Pouls* 92. *Tension* 10 $\frac{1}{2}$, 7 $\frac{1}{2}$.

Digestion bonne. Mauvais appétit.

Examen radioscopique : Lobite supérieure droite à opacité homogène.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite, sous la clavicule, sub-matité, quelques gargouillements à timbre éclatant.

En arrière : sub-matité dans le tiers supérieur. Vibrations. Souffle tubo-cavitaire. Râles bulleux après la toux à droite. Retentissement de la voix à la toux. A gauche, inspiration rude, expiration prolongée.

Cliché : 4-5-26. Légère rétraction. Opacité du lobe supérieur, sur laquelle se détache l'image d'une spélonque arrondie de 5 cm. de diamètres environ située juste sous la clavicule.

Pneumothorax. Bon décollement. Tousse et crache moins. Bon état général. B. K. +. Est actuellement dans un sanatorium où le pneumothorax est continué.

OBSERVATION LIV

J. M..., 22 ans, sans profession, hospitalisée salle Mosny, hôpital Laënnec, le 7-2-25.

La malade, après une grossesse normale, a accouché, en

janvier, d'un enfant vivant né à terme, qu'elle a commencé à allaiter, mais elle s'est sentie rapidement très fatiguée et a maigri de 3 kgr.

Son médecin fait cesser l'allaitement, l'envoie à la campagne, mais elle rentre à Paris rapidement, se sentant plus fatiguée.

Température oscillant de 38° à 38°5, et elle commence à tousser sans expectoration, le matin surtout.

Examen radioscopique : 11-2-25.

Champ pulmonaire gauche : I. T. N.

Diminution modérée de la transparence de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec aspect en « mie de pain » à larges mailles. La limite inférieure de la zone infiltrée est à type scissurale. Abaissement de la scissure.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, dans la fosse sus-épineuse et la partie haute de la fosse sus-épineuse, submatité avec exagération des vibrations, souffle tubo-cavitaire, râles bulleux après la toux ; bronchophonie, pectoriloquie aphone.

En avant : dans la fosse sous-claviculaire, mêmes signes. Rien à gauche.

Cliché : 26-2-25. Taches confluentes de la moitié supérieure du P. D. avec nid d'abeilles. A la partie moyenne, taches de densification épaisse et homogène. Dans la région de la base, dans la partie inférieure, taches confluentes.

A gauche : Arborisation entre le hile et la clavicule. Le cœur paraît gros couché, l'oreillette droite déborde notablement l'ombre vertébrale.

Pneumothorax le 6-3-25. *Radioscopie* le 7-3-25 : Pneumothorax droit ; lobe supérieur très dense avec spélonque apexienne. Pas de refoulement du cœur à gauche.

1er avril 1925 : Pas de liquide, pas de déplacement des organes. Décollement du lobe supérieur, pas de décollement visible du lobe inférieur.

Poids stationnaire. Plus de B. K. les deux derniers mois. *Température* : 37 -38°. Bon état général. Part à Brévannes.

8-7-26 : Pneumo continué. Bon état général. Ne crache pas. Ne tousse presque plus. Examen des B. K. négatif.

OBSERVATION LV

F. P..., 29 ans, 6 juin 1922.

Vient au dispensaire, parce qu'elle souffre de points de côté douloureux.

On ne note aucun signe stéthacoustique anormal.

Radioscopie : Champs pulmonaires normaux, à cela près qu'on note une légère augmentation de l'obliquité costale. Noyaux hilaires des deux côtés.

Revient le 4 mai 1926. Hospitalisée salle Mosny, n° 12.

La malade dit être très fatiguée depuis novembre et avoir beaucoup maigri. Elle a commencé à tousser en février 1926, avec une température de 38° à 39°, des sueurs nocturnes abondantes ; hémoptysie le 8 mars d'un demi-crachoir de sang rouge.

Hospitalisée à l'Hôtel-Dieu, elle continue à avoir des crachats sanglants.

En avril, douleurs articulaires. Température à 40° 4 à 5 jours.

Cliché fait à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1925 :

Champ pulmonaire droit : Lobite supérieure à opacité non homogène prédominant juste au-dessus de la scissure. Le reste du champ présente des taches et des marbrures avec aspect en « mie de pain ».

Champ pulmonaire gauche : Normal, sauf une exagération légère des ombres vasculaires.

Pneumothorax thérapeutique pendant 3 semaines, arrêtée, la malade faisant de la température et se trouvant de plus en plus affaiblie.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Hystérectomie totale en 1920 pour kyste de l'ovaire.

Antécédents héréditaires : Mère décédée à 35 ans (?).

Antécédents collatéraux : Un beau-frère mort de tuberculose ; vivait dans le même appartement que la malade.

Au moment de son hospitalisation : Malade pâle, amaigrie, très faible. Tousse beaucoup, crache beaucoup, présente une légère dyspnée. B. K. = +.

Examen stéthacoustique : Poumon droit : en avant, souffle tubo-cavitaire et gros bulleux.

En arrière : matité dans le tiers supérieur, vibrations augmentées, souffle tubo-cavitaire et gros bulleux dans la région inter-scapulo-vertébrale. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone.

Radioscopie : Lobite supérieure droite.

A gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : 20 juillet. En avant, à droite, sub-matité, souffle cavitaire sous la clavicule et râles bulleux et craquements.

En avant : à droite, matité du tiers supérieur, souffle cavitaire, râles bulleux à la base, souffle amphorique bulleux.

A gauche : sub-matité, sibilants jusqu'à la partie moyenne.

Actuellement : température entre 38°5 et 39°. Toux et expectoration fréquente. La malade ne peut être transportée à la radiographie. Son état général est très mauvais.

Aggravation rapide, encore hospitalisée.

OBSERVATION LVI

G. G..., représentant, 25 ans.

Hospitalisé salle Brissaud, le 5-12-24.

Le début semble remonter au 12 septembre, date à laquelle il a fait une congestion pulmonaire, alitée pendant 2 mois, toux, expectoration, température dépassant 39° le soir, amaigrissement, anorexie.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Le malade a un faciès amaigri, tousse et crache beaucoup. B. K. +. Cuti +. Température 37°5 à 38°.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite, sub-matité sous la clavicule, quelques râles bulleux fins dans la fosse sus-claviculaire.

En arrière : sub-matité au sommet, vibrations augmentées ; inspiration rude, expiration prolongée.

Examen radioscopique : décembre 24. Lobite supérieure droite excavée à la base du lobe supérieur près du hile, tout le reste normal.

Pneumothorax : 12-12-24. Température 37°38. Augmentation de poids de 3 kgr.

Radioscopie : 22 décembre 24. Pneumothorax droit sec, décollement complet, pas de refoulement du cœur.

Rentre chez lui le 18 février 1925, et revient au dispensaire pour les insufflations qui sont arrêtées le 14 mars 1925, date à laquelle le malade est hospitalisé de nouveau, parce qu'il tousse, crache beaucoup et se plaint d'un point de côté.

Examen radioscopique : Hydro-pneumothorax droit cloisonné, niveau liquide un peu au-dessus du milieu de la poitrine.

La partie externe de la base est relativement claire. Léger refoulement du cœur à gauche.

Le niveau liquide est situé à deux travers de doigt au-dessus du mamelon.

22 avril : Epanchement cloisonné, niveau liquide 2 cm. au-dessous de la clavicule, de profil l'épanchement se projette sur la partie antérieure du thorax.

Température entre 37° et 38°.

Augmentation de poids, mais asthénie considérable, très prononcée, toux fréquente et émétisante, anorexie, douleurs thoraciques à droite, sueurs abondantes.

Température 38°-39°.

Radioscopie : A gauche : I. T. N.

11 mars 1926 : Rétraction thoracique droite, diminution de transparence du champ pulmonaire droit. A gauche : I. T. N.

2-5-25 : Développement d'une spélonque dans le lobe supérieur droit. Les autres parties du champ pulmonaire sont de transparence normale. A gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : Poumon droit, en arrière : submatité dans le tiers supérieur. Souffle tubo-cavitaire. Quelques frottements et quelques bulleux fins. Retentissement de la toux et de la voix. En avant : mêmes signes.

Rien à gauche.

Actuellement à la campagne ; toux et expectoration fréquente, mauvais état général.

OBSERVATION LVII

J. B..., 16 ans, orfèvre.

Hospitalisée salle Brissaud, le 16-6-25, pour toux légère et asthénie.

Aucun antécédent héréditaire tuberculeux ; travaille près d'un ouvrier tousseur.

Dit avoir été bien portant jusqu'à juillet 1923, date à laquelle il fit une légère hémoptysie. Depuis, il tousse le matin seulement, avec une expectoration peu abondante. Amaigrissement de 3 kgr. Pas de dyspnée, pas de sueurs nocturnes, pas de température.

Examen radiologique : 15-1-25. Densification du lobe supérieur droit avec limite interlobaire nette, « mie de pain », hile chargé.

Poumon gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité dans le tiers supérieur. Vibrations augmentées, souffle tubo-cavitaire, bronchophonie, pectoriloquie aphone.

En avant : sub-matité sous la clavicule ; inspiration rude, expiration prolongée.

A gauche : respiration normale.

Examen stéthacoustique : Poumon droit, en arrière : submatité dans le tiers supérieur. Souffle tubo-cavitaire. Quelques frottements et quelques bulleux fins. Retentissement de la toux et de la voix. En avant : mêmes signes. Rien à gauche.

Pneumothorax institué le 24-6-25. Bon décollement. Pas de température, légère augmentation de poids. Bon état général.

Le malade rentre chez lui le 10-10-25 et continue le traitement au dispensaire.

Le 1er mars, température élevée à 37° et 40°, toux et expectorations fréquentes, mauvais état général. Reste alité pendant quelques jours. Suicide.

OBSERVATION LVIII

L. L..., couturière, 32 ans, hospitalisée le 18 janvier 24, salle Quesnay, pour toux et amaigrissement.

A commencé à tousser en janvier 22, en août 23 la toux augmente d'intensité. Légère hémoptysie. Amaigrissement de 4 kgr., sub-fébrile.

Pas d'antécédent héréditaire tuberculeux.

A. P. : Bronchite en 1921. Rhumes tous les hivers.

Actuellement : tousse beaucoup, crache très peu. B. K. = +, assez bon état général.

Température régulière.

Examen radioscopique : Champ pulmonaire gauche radioscopiquement normal. A droite, peu de rétraction costale ; très légère rétraction cardio aortique, pas de rétraction diaphragmatique.

Diminution de transparence assez accusée de la moitié supérieure du champ pulmonaire à limites inférieures interlobaires. Ce foyer dense est formé par un amas de taches très foncées sous la clavicule, très confluentes et percées de cavités,

donnant un aspect de « mie de pain ». La moitié inférieure du champ pulmonaire paraît de transparence normale.

Examen stéthacoustique : En avant, sub-matité au sommet droit, inspiration rude, expiration prolongée ; râles bulleux sous la clavicule. En arrière : sub-matité au sommet droit, inspiration rude, expiration prolongée ; râles bulleux dans la zone d'alarme.

Cliché : Champ pulmonaire densifié dans la moitié supérieure avec spélonque sous la portion interne de la clavicule. A gauche, hile arborescent et épaissi.

Pneumothorax : le 25-1-24. Bon décollement, pas de température. Bon état général.

Sort le 15 avril 24, part à Brévannes, où le pneumo est continué, mais elle n'y reste qu'un mois et rentre à Paris sans continuer les insufflations ; toussant de nouveau davantage et se trouvant fatiguée rentre, en novembre 24, à l'hôpital Laënnec.

Cliché : Marbrure sur le quart supérieur du champ pulmonaire droit avec plages claires arrondies immédiatement au-dessous de l'extrémité interne de la clavicule. Petites taches disséminées sur le tiers moyen. Taches calcifiées sur le champ inférieur ; à gauche, densification avec « mie de pain » sur le quart supérieur. Opacité de forme triangulaire à base axillaire, à sommet hilaire, arborisations épaisses avec taches confluentes.

Examen stéthacoustique : En avant, sub-matité au sommet droit. Souffle tubo-cavitaire. Gros râles bulleux. A gauche, mêmes signes, mais moins intenses. En arrière, sub-matité du sommet gauche. Vibrations augmentées, souffle tubo-cavitaire, râles bulleux après la toux. Quelques frottements. Dans le creux axillaire : sub-matité, bulleux après la toux. Frottements.

Hémoptysie fréquente. Température variant entre 38°5 et 39°, amaigrissement de 3 kgr.

B. K. + à toutes les analyses.
Très mauvais état général.
Diarrhée, cyanose, ictère grave. Décédée 17 février 25.

Lobites associées

Dans les cas de lobite accompagnée de lésions à la base du même poumon, les résultats sont un peu différents, nous notons tout d'abord un nombre d'échecs immédiats du traitement beaucoup plus grand. Le pneumothorax ne pouvant être appliqué faute de décollement dans 6 cas sur 14, soit 42 %.

Si nous éliminons pour notre statistique les malades dont le pneumothorax est trop récent, nous relevons 8 cas suivis, depuis 6 mois à 3 ans, sur lesquels nous avons 3 améliorations nettes, 2 de ces malades ont pu reprendre leur travail (Observations 59, 60, 61).

Leur état général est très bon, ils ne toussent plus, n'ont pas d'expectoration, ne font pas de température et augmentent de poids.

Un cas que nous classons comme stationnaire actuellement, ob. 69, avait fait une évolution symétrique. Un second pneumothorax pratiqué du côté opposé, semble avoir arrêté l'extension des lésions. La malade augmente de poids et sa température est régulière, mais elle ne peut encore reprendre sa vie habituelle.

Nous avons trois aggravations dont 2 décès.

Le malade de l'observation 64 traité pendant

10 mois, qui fit des lésions du côté opposé et chez lequel on note un fort amaigrissement, de la toux et des expectorations fréquentes, mais il est à remarquer que ce malade n'a pas voulu cesser de travailler malgré les conseils qu'on lui en donnait.

Nous avons 2 décès, l'un après 6 mois de traitement, qui semblait en bonne voie de guérison, par suite d'un accident de voiture, a dû interrompre les insufflations, et a décliné rapidement, faisant des lésions du côté opposé (Obs. 70).

L'autre, après être resté stationnaire pendant 7 mois, fit une brusque ascension de température à 40, pendant quelques jours. Elle refusa de continuer le traitement et rentra chez elle, où elle mourut le mois suivant (Obs. 65).

Notre statistique, ne reposant, ici, que sur des malades dont les lésions sont très étendues, se trouve éloignée de la statistique de MM. Léon Bernard, Baron et Valtis, qui repose sur des cas généralement moins graves, nous avons seulement 37.5 % d'amélioration et 62.5 % d'échecs.

OBSERVATION LIX

P. M..., 25 ans, domestique.

Hospitalisée le 8-1-26.

Tousse depuis 2 ans, à la suite d'un rhume banal comme elle en avait un presque tous les hivers ; depuis a eu quelques crachats striés de sang au moment de ses règles. En juin 1925 elle commence à maigrir, se sent fatiguée, a des points de côtés

Actuellement tousse et crache peu. B. K. +, sub-fébrile, amaigrissement de 5 kgr. depuis 5 semaines. Anorexie.

Aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

Antécédents personnels : rhume tous les hivers.

Examen stéthacoustique : A gauche, en arrière : sub-matité dans le 1/3 supérieur. Vibrations exagérées. Souffle amphorique, râles bulleux moyens à timbre éclatant dans la fosse sus-épineuse, pectoriloquie aphone.

En avant : mêmes signes.

Rien à droite.

Examen radiologique : Diminution de transparence du L. P. gauche avec limite inférieure nette dans la position latérale (lobite gauche).

Cliché : Semis de taches couvrant la totalité du champ pulmonaire dans la moitié supérieure. Densification péri-hilaire avec au milieu une tache claire de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Pneumothorax : institué le 25-1-26. Bon décollement, pas de température, poids stationnaire. Bon état général.

Part pour la campagne le 25-3-26, le pneumothorax étant continué au dispensaire du Mans. Elle écrit avoir augment de poids de 2 kgs., tousser et cracher très peu et se trouver nettement améliorée.

OBSERVATION LX

H. F..., 16 ans et demi, couturière, entre à l'hôpital Laënnec, salle Quesnay, le 17-8-23.

Tousse depuis 6 mois avec expectoration muco-purulente assez abondante, a fait une hémoptysie il y a un mois. B. K +, sueurs nocturnes, amaigrissement de 2 kgr. sub-fébrile.

Antécédents personnels : coqueluche à 12 ans.

Antécédents héréditaires : mère morte de tuberculose pulmonaire. Père mort de grippe ?

Examen stéthacoustique : Poumon droit en avant : sub-ma-

tité sous la clavicule. Inspiration rude, expiration prolongée et soufflante, râles bulleux fins. En arrière : sub-matité dans le tiers supérieur, souffle tubo-cavitaire et râles bulleux. Pectoriloquie aphone.

A gauche : respiration normale.

Le pneumothorax est institué le 25-7-23. Bon décollement, pas de température. La malade augmente de poids de 7 kgs. en 7 mois ; la toux et l'expectoration ont diminué les 4 derniers mois ; l'examen du B. K. est négatif. Sort le 24 février 1924.

Suivie au dispensaire : 27-8-26. Très bon décollement, pas de D. M. Pas de D. S. Ne tousse pas, ne crache pas. Recherche des B. K. négative depuis plusieurs mois. Très bon état général. Travaille.

OBSERVATION LXI

L. M..., émailleuse, 17 ans.

Hospitalisée salle Mosny le 24-4-25.

Tousse et crache depuis décembre 24, sans qu'aucun incident aigu ait signalé le début précis justifiant une première hémoptysie le 21-2-25. Deux autres le 22 et 24 du même mois (une cuillerée à soupe à chaque fois). Depuis, amaigrissement de 5 à 6 kgr. Asthénie, sueurs nocturnes.

A son entrée, tousse et crache peu. B. K. = +, sub-fébrile, assez bon état général.

A. P. : Bien portante jusqu'en décembre.

A. H. : Mère tousseuse ; père décédé de tuberculose pulmonaire.

Examen radiologique : Densification de la moitié supérieure du lobe pulmonaire droit à limite inférieure nettement interlobaire ; une spélonque arrondie siège sous la clavicule. Taches disséminées sur la moitié inférieure.

Examen stéthacoustique : A droite, en avant, sub-matité

sous la clavicule, inspiration rude, expiration prolongée et soufflante.

En arrière, mêmes signes à la percussion, vibrations augmentées, souffle tubo-cavitaire avec gros râles bulleux après la toux, bronchophonie.

Pneumothorax institué le 8-5-25. Bonne compression. Pas de température, augmentation de poids de 2 kgr. Bon état général, part à Brévannes.

Rentre à Paris 6 mois après, les insufflations vont continuer au dispensaire :

13-8-26 : Bonne compression, pas de D. M., pas de D. S. Très bon état général ; tousse et crache très peu, plus de B. K. depuis plusieurs mois.

OBSERVATION LXII

G. B..., 45 ans, femme de ménage.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Mosny, le 26-11-25.

Toussait sans expectoration depuis quelques mois ; vient d'avoir une bronchite il y a un mois et depuis tousse et a des expectoratons jaunes verdâtres le matin surtout. Température régulière. Amaigrissement de 2 kgr. en 1 mois. B. K. = +.

A. H. : Père décédé à 72 ans de congestion pulmonaire.

A. C. : Frère décédé, bacillose à 31 ans ; vivait près de la malade.

Examen radiographique : Lobite supérieure gauche, avec limite scissurale nette ; taches et marbrures et grosse image spéléomorphique sous la clavicule. Taches et marbrures à la base.

Examen stéthacoustique : A gauche, submatité avec exagération des vibrations, souffle tubo-cavitaire, quelques râles bulleux fins et quelques sibilants jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate.

En avant, mêmes signes.

A droite, respiration normale.

Cliché : Diminution de transparence de la moitié supérieure avec taches et marbrures, une vaste spélonque siège sous la clavicule. Quelques taches et marbrures dans la région inférieure du champ pulmonaire.

A droite, au-dessus de la clavicule, tache opaque du volume d'une grosse bille.

Pneumothorax le 11 décembre. Bon décollement, température régulière, assez bon état général. Tousse et crache toujours.

La malade sort le 18 mars 26 et les insufflations sont continuées au dispensaire.

27-6-26 : Bon décollement, pas de D. M. Pas de D. S.. tousse et crache peu.

OBSERVATION LXIII.

P. A..., 25 ans, employée de banque.

Hospitalisée le 26 mai 1926, salle Dieulafoy, n° 14, en vue d'un pneumothorax thérapeutique.

La malade tousse depuis octobre 25, avec expectoration rare.

Elle dit avoir eu la coqueluche à cette époque et avoir eu des quintes coqueluchoïdes jusqu'en janvier. Envoyée à Nice, en changement d'air, elle continua à tousser et commença à avoir de la tempétrature entre 39° et 40° le soir.

Pas d'antécédent héréditaire tuberculeux.

A. P. : Coqueluche en octobre 25, pas de maladies antérieure, mais très souvent fatiguée.

A. S. Travaillait dans un bureau mal aéré, près de plusieurs employés tousseurs.

A son entrée à l'hôpital, tousse et crache peu. B. K. = +. Dyspnée d'effort. Amaigrissement de 10 kilos en 8 mois. Etat général assez bon, sub-fébrile.

Examen radiologique : Lobite supérieure droite nette ; quelques taches à la partie moyenne. A gauche : I. T. N.

Examen stéthacoustique : En arrière, à droite, sub-matité dans le tiers supérieur, vibrations exagérées. Inspiration rude, expiration soufflante et prolongée, bulleuse après la toux. Bronchophonie. En avant, sub-matité sous la clavicule et gros râles bulleux à timbre éclatant.

Cliché : Lobite supérieure avec spélonque de 5 cm. de diamètres au milieu de la clavicule. Dans le reste du C. P., taches nombreuses, petites, formant un bouquet dans la région sous-hilaire. C. P. G. : I. T. N.

Pneumothorax institué le 18-6-26. Bon décollement ; pas de température. La malade part à Bligny, où les insufflations doivent être continuées. Tousse moins, poids stationnaire.

OBSERVATION LXIV

L. C..., 36 ans, garçon de magasin.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Hanot, le 15-5-25.

Depuis un an tousse le matin sans expectoration et depuis un mois toux plus fréquente et expectoration jaune verdâtre. Asthénie très prononcée, sueurs nocturnes, température vespérale à 38°. B. K. +.

Pas d'antécédent héréditaire tuberculeux.

A. P. : Grippe en 23.

Examen radiologique : Lobite supérieure droite avec ombres non homogènes, petite spélonque sous la clavicule, quelques marbrures diffuses sur le lobe inférieur. P. G. : I. T. N.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité au sommet. Vibrations exagérées, respiration forte et rude, craquements dans la fosse sus-épineuse. Pectoriloquie aphone. En avant, légère sub-matité, inspiration rude, expiration prolongée.

A gauche, respiration granuleuse.

Pneumothorax institué le 22-5-25. Bon décollement, mais

le 1er mois, subfébrile et amaigrissement de 3 kgr. La température se stabilise ensuite et le poids reste stationnaire. Le malade rentre chez lui, le 28-7-25, et ses insufflations sont faites au dispensaire.

3-12-25 : Examen radiologique. Pneumothorax sec avec beau décollement. Développement de lésions à gauche ; taches s'étendant du hile vers la clavicule.

Le traitement est arrêté. Le malade refuse d'être hospitalisé de nouveau. Pas d'amaigrissement, mais toux et expectoration plus fréquentes, sub-fébrile.

OBSERVATION LXV

C. L..., 25 ans, concierge.

Entre à l'hôpital, le 25-11-22, salle Piorry.

A commencé à tousser il y a 8 mois ; elle nourrissait son enfant né en avril 21. Les deux derniers mois se sent très affaiblie, tousse davantage, a des sueurs nocturnes abondantes et maigrit de 12 kgr., mais continue cependant à travailler.

Etat à son entrée : Facies fatigué, amaigri, toux et expectorations abondantes. B. K. = +. Température 38 et 38°5.

A. H. : Mère décédée tuberculose pulmonaire.

A. P. : Aucun.

Examen radioscopique : Forte densification très foncée du tiers supérieur du champ pulmonaire. La limite inférieure de cette densification est nettement interlobaire (lobite supérieure droite). Spélonques multiples et aspect en « mie de pain » dans toute la partie densifiée.

Gros développement des ombres hilaires et semis de petites taches très foncées dans les ramifications bronchiques sur la moitié inférieure du C. P. A noter une différence d'opacité considérable entre la densification du lobe supérieur droit dont la limite inférieure paraît nettement à la scissure et les taches représentant des petites densifications inter-bronchiques

dans la moitié inférieure. A gauche, petites taches peu foncées entre le hile et la clavicule.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité au sommet. Vibrations exagérées, souffle tubo-cavitaire et gargouillement dans la fosse sus-épineuse. Quelques bulleux à la base et dans l'aisselle. Bronchophonie. En avant, mêmes signes.

A gauche : quelques bulleux au sommet.

Pneumothorax institué le 30-11-22. Bon décollement subfébrile ; état général stationnaire jusqu'au 7 juin 23. A cette date, brusque ascension de température à 40° durant 3 jours ; la malade sort sur sa demande.

Décédée chez elle, en juillet 23.

Statistique sur le traitemeet des lobites par le pneumothorax

Lobite isolée. — 22 pneumothorax.

Amélioration	14	Soit : 68 %
Stationnaire	3	36 %
Aggravation	5	

Le pneumothorax n'a pu être pratiqué dans deux cas, pour cause de manque de décollement.

Soit 8 % d'échec.

Lobite associée. — 8 pneumothorax.

Amélioration.....	3	Soit : 37,5 %
Stationnaire	2	62,5 %
Aggravation	3	

Le pneumothorax n'a pu être pratiqué dans 6 autres cas pour cause de manque de décollement.

Soit 42 % d'échec.

MORT

Si nous avons pu savoir la date du décès de presque tous les malades dont la lobite a subi une évolution mortelle, nous n'en avons cependant suivi qu'un très petit nombre, jusqu'à la période terminale.

Chez ces derniers les lésions s'étaient étendues aux deux poumons très rapidement, mais nous devons remarquer qu'ils présentaient, dès le moment de leur hospitalisation, un état général très touché.

Les lésions secondaires correspondent au stade terminal à des nodules tuberculeux typiques, les taches fines que l'on voit apparaître à la radio, à la période d'envahissement, répondent vraisemblablement à un ensemencement bronchopneumonique. Quoique plus rare la généralisation pulmonaire granulique peut constituer le mode terminal de la tuberculose lobaire.

L'évolution terminale s'est produite une fois, au bout de trois ans, mais, en général, d'après nos observations, les malades sont décédés dans des périodes variant estre 6 mois et 2 ans.

Pronostic

De cette étude, un fait se dégage : le pronostic est lié non tant à l'évolution locale de la lobite, qu'à l'extension des lésions aux autres lobes et au poumon opposé.

Or, celle-ci se produit presque fatalement à un moment plus ou moins tardif de l'évolution de la lobite abandonnée à elle-même. Il est donc indispensable par un traitement approprié, d'agir sur la lobite pour qu'elle se présente encore comme une lésion parfaitement limitée.

Nous avons noté 55 % des cas à évolution favorable, lorsque la lobite est isolée, et 21 % seulement, lorsqu'il y a lésion associée.

Abandonnée à elle-même, l'évolution est favorable dans 16 % des cas, quand la lobite est isolée, et dans 13 % quand il y a lésions associées.

Etude statistique

1° Sexe :

Hommes	26		
Femmes	54		

2° Age :

Moins de 15 ans	1		
de 15 à 25 ans	41	Soit :	51 %
de 25 à 35 ans	24		30 %
de 35 à 55 ans	14		17,5 %

3° localisation :

Lobites supérieures droites	72	Soit :	90 %
Lobites supérieures gauches	8		10 %

4° Mode de début :

Brusques à type pneumonique.	6	Soit :	7,5 %
Progressifs avec incident aigu..	30		37 %
Progressif sans incident aigu..	50		62 %

5° Lobites isolées..... 41
Lobites associées..... 39

6° Evolution des lobites isolées (sur 38 cas, 3 n'ayant pas été suivis assez longtemps).

Vers l'amélioration nette, 21 ou 55 % :

Sans pneumothorax..... 6
Avec pneumothorax..... 15

Etats stationnaires 3 ou 9 % :

Sans pneumothorax..... 1
Avec pneumothorax..... 2

Aggravations, 14, dont 6 décès ou 34 % :

Sans pneumothorax..... 9
Avec pneumothorax..... 5

7° Evolution des lobites associées (sur 37 cas 2 n'ayant pas été suivis assez longtemps).

Vers l'amélioration nette, 8 ou 21 % :

Sans pneumothorax..... 5
Avec pneumothorax..... 3

Etats stationnaires, 12, ou 32 % :

Sans pneumothorax..... 10
Avec pneumothorax..... 1

Aggravations, 17, dont 12 décès, 46 % :

Sans pneumothorax.....	14
Avec pneumothorax.....	5

Diagnostic différentiel

L'examen bactériologique permet assez facilement d'éliminer les affections pulmonaires non tuberculeuses dont les signes cliniques et radiologiques rappellent la lobite.

Rappelons la nécessité des examens répétés. L'homogénisation, l'inoculation aux cobayes pourra être nécessaire pour mettre en évidence la précence du bacille de Koch. Chez les malades qui ne crachent pas on mettra en action les méthodes usuelles : ingestion d'iodure de potassium, de benzoate de soude. Si les crachats sont déglutis, on recourra aux lavages d'estomac ou aux recherches de bacilles dans les selles.

La multiplicité des examens ne permettra, nous pouvons l'affirmer, jamais de passer à côté d'une tuberculose évolutive.

Les cas à débuts brusques peuvent prêter à confusion, l'évolution cyclique de la pneumonie franche aiguë ne permet guère l'erreur, et le classique triangle pneumonique se localise assez rarement, comme la tuberculose aux lobes supérieurs.

La confusion est plus fréquemment commise en

sens inverse et on étiquette bronchopneumonie pseudo-lobaire, congestion pleuro-pulmonaire, spléno-pneumonie, le premier épisode clinique d'une tuberculose évolutive.

A une période tardive, le diagnotic peut présenter des difficultés d'un autre ordre : certains malades apyrétiques présentant un bon état général, n'expectorent peu ou pas, la recherche répétée des bacilles dans l'expectoration reste négative ; les antécédents sont difficiles à préciser, l'image radiologique est celle d'une sclérose pulmonaire, mais quelle est sa nature?

La syphilis joue un rôle important dans l'histoire des scléroses : même schème clinique et radiologique. Le diagnostic peut être d'autant plus délicat qu'il peut y avoir association des deux infections.

Les dilatations bronchiques séquelles d'infection banale qu'elles contribuent à entretenir peuvent donner aux lobes inférieurs des signes et images radiologiques analogues à celles de la lobite, l'injection lipiodolée donnera sur l'écran l'extasie bronchique, mais rappelons que celle-ci peut être d'origine tuberculeuse et que seul l'examen des crachats tranche le diagnostic.

Ajoutons encore que les séquelles pleurales peuvent être une cause d'erreur dans le diagnostic de la lobite inférieure.

Nous avons constaté deux fois des antécédents pleurétiques dans les cas de lobites inférieures publiés par Aris, dans sa thèse. Le diagnostic sans con-

trôle anatomo-pathologique semble bien difficile alors entre épaississement pleural et envahissement pulmonaire massif.

La difficulté du diagnostic radiologique de lobite inférieure est extrême, étant donnée l'obliquité des grandes scissures. Les observations en sont très rares. Nous n'en possédons pas personnellement.

La lobite moyenne, comme le signale le professeur Sergent, est d'un diagnostic délicat, d'avec la pleurésie interlobaire et il nous semble d'autant plus difficile que la forme du lobe moyen dont nous avons donné un aperçu au début de cette étude, est généralement comparable à celle de la pleurésie interlobaire, c'est-à-dire d'un triangle à base interne et à sommet externe.

Rappelons l'importance des antécédents, le rôle de la ponction et sa difficulté, l'importance primordiale de l'examen bactériologique. Signalons, enfin, le diagnostic d'exception, tel le cancer du poumon, dont l'opacité homogène pourrait simuler la lobite. Ici, encore, la recherche du bacille de Koch, dans l'expectoration, joue le premier rôle.

Beaucoup plus délicat, le diagnostic de tuberculose pulmonaire établi, celui de la localisation exacte des lésions. La cortico-pleurique de la région scissurale à manifestation pulmonaire prédominante peut simuler absolument la lobite.

Une réaction du parenchyme sus-jacent accompagne le plus souvent la scissurite ; de la ligne scissurale sombre part une ombre indiquant l'infiltra-

7. — Fausse lobite.

8. — Péri-susscissurite.

tion tuberculeuse du parenchyme pulmonaire, mais l'opacité s'estompe vers le haut et la partie supérieure du champ pulmonaire reste claire. C'est ce qu'on peut appeler les fausses lobites (schéma 7), un examen rapide à l'écran pouvant laisser passer inaperçu la clarté conservée à l'extrême sommet.

OBSERVATION LXVI

H. E..., 32 ans, mécanicien, soigné à l'Hôtel-Dieu, pour lésion pulmonaire droite en février 1925 jusqu'en mai. Début, enrouement, fatigue générale, température : 38° à 39° pendant plusieurs jours ; amaigrissement de 8 kgr.

Hodpitalisé à Laënnec le 5 juin 1925.

Examen radiologique : Poumon droit : Rétraction des premières côtes de la trachée et du médiastin, foyer d'ombres de forme à peu près triangulaire, au milieu du champ pulmonaire, base axillaire, pointe hilaire. Limite inférieure nette et scissurale, limite supérieure flou et se dégradant vers la clavicule. Petite cavité au milieu de ce foyer d'ombres, sommet de transparence relativement bonne, sans tache ni marbrure.

Examen stéthacoustique : Sonorité diminuée en arrière dans la fosse sous-épineuse droite, sans exagération des vibrations à ce niveau, respiration très diminuée, sans bruit surajouté. Légère broncho-phonie. Pas de pectoriloquie aphone. En avant, à droite, sonorité normale, vibrations affaiblies, respiration plus forte qu'en arrière, quelques râles fins, peu nombreux après la toux.

A perdu 5 kgs. en 4 mois, pas de température, tousse moins, pas de bacille de Koch dans les crachats depuis plusieurs mois.

6-26 : radio identique.

Quelques lobites, d'ailleurs, dont les lésions régressent peuvent garder cet aspect ainsi que nous l'avons signalé dans l'observation 16 (schéma 8).

La tuberculose lobaire peut être d'ailleurs à point de départ scissural et dessiner à la radioscopie un triangle à base externe dont la limite s'estompe en s'élevant vers le sommet.

La périscissurite se distingue de ces formes par le bord flou de l'ombre de chaque côté de l'interlobe.

OBSERVATION LXVII

D. I..., 21 ans, cuisinière. Entre directement dans le Service où elle est envoyée par son médecin.

Antécédents héréditaires : aucun antécédents tuberculeux.

Antécédents personnels : toujours bien portante jusquà il y a un mois.

A ce moment s'est mise à tousser et s'est sentie fatiguée, température élevée entre 39° et 40°.

Quelques filets de sang dans les crachats il y a 2 jours ; à son entrée la malade est très asthénique, tousse beaucoup ; crache peu.

Température : 38°5 à 39°5.

Examen stéthacoustique : A droite, en avant : sub-matité sous la clavicule ; souffles tubo-cavitaires, gros râles bulleux.

En arrière, sub-matité au sommet droit, souffles tubo-cavitaires, râles bulleux jusqu'à la moitié de l'hémi-thorax, rien à gauche.

Cliché : 31-2-25. Poumon gauche normal. Susscissurite droite : le tiers supérieur du poumon droit présente une opacité homogène, à limite inférieure scissurale, mais en haut se perdant insensiblement à partir de la clavicule.

Au-dessus de la clavicule quelques taches fines ; au-dessous

de la scissure le champ n'est pas indemne, présence près du hile d'une grosse zone de densification.

Pneumothorax le 8 janvier 1926.

Radioscopie, 10-3-25 : présence de liquide, ligne du niveau remontant jusqu'à la 5e côte, au-dessus de l'épanchement bon décollement, déviation du médiastin vers la gauche, champ pulmonaire gauche inchangé. 28-4-26 : épanchement jusqu'à la clavicule, cœur légèrement repoussé vers la gauche.

Température : 37°5. Bon état général. A augmenté de 4 kilos, plus de B. K depuis deux mois, rentre chez elle.

A droite, la lobite moyenne peut prêter à erreur à un examen superficiel. L'existence même de ces lobites moyennes est très difficile à établir. Aris en publie une observation dans sa thèse. MM. Sergent et Oury, tout dernièrement, lui ont consacré dans la *Presse Médicale* une étude importante et tracent les règles de son diagnostic. Nous n'avons personnellement qu'une seule observation à peu près comparable mais comme nous l'avons déjà dit la forme du lobe moyen ne correspond généralement pas à celle d'un triangle à base axillaire.

OBSERVATION LXVIII

Q. Y..., 28 ans, employée.

Hospitalisée à Laënnec, Salle Mosny.

Après avoir commencé à tousser un peu le matin, il y a 5 mois, tousse progressivement de plus en plus et en novembre, se sentant très fatiguée, doit s'arrêter de travailler.

Habite Paris depuis un an et demi, pas de maladies antérieures, aucun antécédent tuberculeux.

Examen radioscopique : Poumon gauche : I. T. N.

Poumon droit : Foyer de condensation dans la partie supérieure du lobe moyen avec aspect en « mie de pain » à larges mailles. Quelques marbrures sous la clavicule, sommet bien lumineux à la toux.

Cliché : 30-1-25. Champ pulmonaire gauche : Densification de la région moyenne à limite inférieure nette, à base triangulaire, à sommet hilaire ; le sommet est occupé par un semis de fines taches calcifiées. Le tiers inférieur est occupé par des arborisations et des taches.

Pneumothorax le 9-2-25.

Radioscopie : Trace de liquide, beau décollement apexien, lobe dense, peu rétracté au milieu de la poitrine. Pas de refoulement du cœur.

Radioscopie : 1-3-25. Pneumo sec, décollement apexien complet, pas de décollement visible à la base. Bande de décollement le long du médiastin.

Pas de température, tousse et crache moins.

Elle rentre chez elle, le pneumothorax étant continué au dispensaire.

Son état général s'aggrave peu de temps après sa sortie de l'hôpital. La toux et l'expectoration deviennent plus fréquentes. Amaigrissement de 4 kgr. en 5 mois.

Examen radiologique : 5-5-25. Bonne compression à droite, apparition de taches et marbrures à gauche dans la région hilaire. Le pneumothorax est arrêté et la malade est envoyée au Sanatorium d'Angicourt.

Au cours du traitement par le pneumothorax des malades porteurs de lobites supérieures, nous avons, à des reprises nombreuses, observé des images qui nous semblent tout à fait comparables à celles que reproduisent les clichés publiés par MM. Sergent et Oury dans leur récent article.

OBSERVATION LXIX

Aspect de lobite moyenne après pneumothorax

M. E..., 32 ans, tailleur, hospitalisé à l'hôpital Laënnec, salle Brissaud.

Sort de Necker, où il est resté du 1er au 25 mai.

Il y était entré parce qu'il toussait fréquemment depuis un mois à la suite d'une bronchite. Il crachait peu, avait des sueurs nocturnes. Température vespérale 38°.

Examen radiologique : Necker, 4 mai 1926. Thorax orthosthénique. Diaphragme peu mobile avec déformation en foc, peu marquée du diaphragme droit à sa partie interne.

Champ pulmonaire gauche : uniformément transparent.

Champ pulmonaire droit : obscur dans sa moitié supérieure (mie de pain) avec réaction interlobaire sous-jacente.

Bacilles dans les crachats.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière : légère submatité dans le tiers supérieur de l'hemithorax. Vibrations augmentées. Souffle tubo-cavitaire, râles bulleux après la toux.

En avant : sous la clavicule, bulleux et souffle bronchique ; ni écho cavitaire, ni retentissement de la voix à la toux.

Rien à gauche.

Avant son entrée à Necker, était soigné pour une affection gastrique.

Depuis 2 ans se sentait souvent fatiguée, toussait un peu le matin, mais continuait cependant à travailler.

Antécédents personnels : Mastoïdite en 1918.

Antécédents héréditaires : Père décédé de bacillose. Deux frères et deux sœurs bien portants.

A son entrée dans le service : Le malade se sent mieux qu'il y a trois semaines. Bon appétit. Peu de sueurs nocturnes. Température : 37°6 à 38°. Examen des B. K. +. Toux le matin. Crachats peu abondants.

Examen radioscopique : 2-6-26. Champ pulmonaire gauche : I. T. N. Rétraction modérée de la partie juxta-centrale de l'hémidiaphragme droit. Sinus costo-diaphragmatique intact. Rétraction de la trachée.

Forte diminution de la transparence du lobe supérieur droit avec limite inférieure scissurale. C'est près de la scissure que l'opacité est la plus forte (lobite supérieure droite à grand lobe). La toux fait apparaître des taches claires représentant des spélonques.

Pneumothorax le 5-6-26.

Examen radiologique : 13-8-26. Bon décollement. Bonne compression à la base. Le lobe supérieur dense est peu modifié.

État général amélioré. Le malade reprend du poids. N'a pas de température. Tousse et crache moins.

Examen radiologique : 13-8-26. Très bonne compression des lobes inférieurs. Le lobe supérieur toujours dense est cependant nettement diminué de volume et se trouve abaissé à la partie moyenne de l'hémithorax, donnant une image comparable à celle d'une lobite moyenne.

Il nous semble donc qu'une prudence extrême doit être observée avant de porter le diagnostic de lobite moyenne, sauf dans les cas assez rares où l'air introduit dans la plèvre s'immisce entre les lèvres de chaque scissure. Il est à peu près impossible, après collapsothérapique d'affirmer qu'il ne s'agit pas de lésion d'une lobite supérieure droite abaissée.

Anatomie pathologique

Il est particulièrement rare de pouvoir faire l'étude anatomo-pathologique des lésions constituant le bloc lobaire. Cette localisation tuberculeuse bien limitée étant, comme nous l'avons dit, d'un pronostic favorable. Une issue terminale ne peut se produire, du fait de la tuberculose qu'en cas d'évolution ulcéro-caséeuse et d'extension aux autres lobes pulmonaires qui rendent impossible la constatation de faits intéressants, relatifs à la lobite telle qu'elle se montre primitivement à l'examen radiologique

Aussi, l'image radioscopique n'est donc contrôlable qu'en cas de décès par cause intercurrente.

Lobite a plage homogène

Nous n'avons relevé, dans nos observations personnelles et dans celles des différents auteurs aucune vérification anatomo-pathologique de la lobite à plage homogène apparue brusquement sous forme d'envahissement massif et d'éclaircissement progressif constatés à la faveur d'examens radioscopiques successifs.

Ces faits nous semblent comparables aux processus terminaux constatés chez certains tuberculeux décédés par suite de l'évolution spontanée de la tuberculose. L'autopsie vérifie toujours le diagnostic du foyer pneumonique révélé par l'examen clinique : submatité, augmentation des vibrations, souffle tubo-cavitaire, quelques crépitants ou bulleux fins.

Dernièrement, Huguenin, interne du Professeur Brulé, nous montrait, chez une bacillaire dont le poumon droit et le lobe supérieur gauche étaient le siège de lésions tuberculeuses ulcéro-caséeuses importantes, un cas d'envahissement pneumonique du lobe inférieur gauche presque total. Les signes stéthacoustiques avaient révélé une zone d'hépatisation à ce niveau, mais l'état de la malade ne permettait pas son transport à la radiographie.

Une issue terminale rapide permit de faire les constatations anatomiques et radiologiques vérifiant le diagnostic clinique : le lobe inférieur gauche était envahi par un processus pneumonique presque en totalité, l'extrême base seule restant d'apparence normale, transporté sous l'écran il présentait une zone d'opacité relativement homogène semblable à celle que donne la lobite à son stade primitif.

Histologiquement, ces faits correspondent à une série d'images de bronchio-alvéolites constituées par un exsudat œdémateux, fibrineux, peu riche en fibrine, avec diapédèse leucocytaire, la coloration

par le ziehl révèle la présence de nombreux bacilles. On note, en certaines régions, un début de processus caséeux atteignant les travées alvéolaires.

Il semble bien que la fibrine est le stade antérieur à la caséification, car on voit, en des points différents, la dissociation de la fibrine et son envahissement par la nécrose.

Dans les cas de lobite à plage homogène, les faits révélés par la radiologie permettent de supposer qu'on se trouve en face de lésions pneumoniques, développées autour de lésions latentes anciennes. Dans d'autres cas à points de départ scissural, le lobe redevient complètement clair et reste seulement souligné par une ligne sombre siégeant au niveau de l'interlobe.

LOBITE A PLAGE NON HOMOGÈNE

La constitution de la lobite à plage non homogène et de date relativement récente a été étudiée d'une façon fort approfondie tant au point de vue macroscopique qu'histologique, par Béthoux, dans un cas publié dans sa thèse.

Il s'agissait d'une malade morte par asphyxie et collapsus cardiaqque, dont la lésion lobaire supérieure droite, était apparue au cours du traitement par le pneumothorax du côté opposé.

Les constatations anatomo-pathologiques vérifiaient pleinement l'aspect radiologique : envahisse-

ment total du lobe supérieur par une infiltration grise, limitée par une scissure très épaissie.

L'examen histologique révélait des lésions d'alvéolite diffuse fibrino leucocytaire semblant récentes et se présentant à différents stades, infiltrations à types pneumoniques au milieu de laquelle étaient disséminés des nodules tuberculeux anciens sans aucun caractère évolutif et à topographie péri-bronchique.

Un processus de sclérose très intense limitait ces lésions que l'auteur résume sous la dénomination de bronchio-alvéolite tuberculeuse fibro-anthracosique chronique à topographie lobaire.

Caselli en rapporte deux cas à peu près identiques.

Nous avons pu, nous même, en étudier un cas dans le centre anti-cancéreux de Villejuif, chez notre Maître, le Professeur Roussy ; il s'agissait d'un malade présentant, depuis plusieurs années, des lésions pulmonaires tuberculeuses et atteint d'un cancer de l'estomac qui entraîne sa mort.

OBSERVATION LXX

C. L..., 57 ans, hospitalisé à l'hospice Paul Brousse, le 11-9-25, à la suite d'une hémoptysie assez abondante (un demi-verre à boire).

Le malade ne peut préciser le début exact de sa maladie, il dit tousser depuis deux ans au moins, sans expectoration au début, puis progressivement avec expectoration muco-purulente de plus en plus abondante.

Il eut trois hémoptysies dans le courant de l'année, à intervalle de deux à trois mois environ.

A son entrée, sueurs nocturnes, amaigrissement très marqué, température 38°, très asthénique, tousse et crache beaucoup. B. K. = +. Se plaint aussi de douleurs dans la région de l'épigastre, a des vomissements fréquents et des digestions difficiles.

A. H. : Pas d'antécédents tuberculeux. Marié, une fille vivante, femme décédée (?).

A. P. : Aucune maladie antérieure. Ethylique.

Examen stéthacoustique : 12-9-25.

En arrière, à droite et à gauche, sub-matité, diminution de la respiration, sans bruits adventifs.

En avant, mêmes signes.

Examen radiologique : 9-12-25.

Poumon gauche : sommet opaque avec marbrures accentuées sous la clavicule.

Poumon droit : quelques taches au sommet.

Examen stéthacoustique : 7-4-26.

En arrière, à gauche et à droite, submatité dans le tiers supérieur du champ pulmonaire, vibrations exagérées, diminution de la respiraton, quelques crépitants fins après la toux.

En avant, mêmes signes.

Examen radiologique : 7-4-26.

Champ pulmonaire gauche, lobe supérieur assombri dans son ensemble, avec taches et marbrures limités à sa base par une ligne sombre suivant nettement la ligne scissurale en vue latérale.

A droite, sommet nuageux, quelques taches et marbrures.

Malade de plus en plus asthénique, se cachectise progressivement, décédé en mai 1926.

PROTOCOLE DE L'AUTOPSIE

C..., 57 ans, 12-5-26.

Cadavre de taille moyenne très amaigri.

A l'ouverture du thorax on constate quelques adhérences au niveau des lobes supérieurs, surtout à gauche. Pas d'épanchement.

La plèvre est très épaissie, les poumons sont de volume normal.

P. G. : A la palpation, le lobe supérieur gauche est dur, le lobe inférieur est de consistance normale.

P. D. : Quelques nodules se sentent à la palpation à la partie supérieure.

Péricarde. Symphyse totale.

Cœur asystolique.

Abdomen, pas d'épanchement.

Intestin normal.

Estomac : dans sa partie pylorique, dans la grande courbure, sur une paroi épaissie, une tumeur rose, molle ayant la forme d'un chou-fleur et présentant une surface de paume de main.

Pancréas, normal.

Rate normale.

Foie cardio-graisseux.

Reins légèrement cardiaques.

Surrénales normales.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Poumon gauche : Le poumon gauche apparaît de volume normal, recouvert par une plèvre épaissie, complètement symphysée sur toute sa longueur.

Le lobe supérieur de coloration grisâtre est uniformément dense à la palpation. Il se délimite nettement du lobe inférieur de coloration rouge sombre et dont la consistance est normale

à l'exception de quelques nodules indurés disséminés à sa partie supérieure.

A la coupe on est frappé par l'aspect du lobe supérieur formé par un amas de nodules tuberculeux presque confluents et creusés de deux petites spélonques. Les deux feuillets de la plèvre très hyperplasiés au niveau de l'interlobe et intimement soudés sont de teinte blanc nacré. Le lobe inférieur présente quelques bouquets de nodules tuberculeux, disséminés à sa partie supérieure ; à la base congestion passive.

On prélève un fragment du poumon gauche intéressant l'interlobe. Un fragment dans la région supérieure.

Poumon droit : Le lobe supérieur présente quelques zones peu importantes d'infiltration tuberculeuse s'étendant du hile vers le sommet qu'elle n'atteint pas. Les autres lobes sont seulement congestionnés.

Les fragments sont fixés au liquide de Boin.

L'étude histologique est pratiquée à l'aide de coloration hématéine éosine ; vert lumière, orcéine.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

La lésion est caractérisée principalement par une sclérose collagène intense ayant profondément remanié le parenchyme pulmonaire. La structure alvéolaire a disparu sur les 2/3 de la surface examinée et, dans les points où elle persiste, les alvéoles sont irrégulièrement tiraillées, les parois restées minces sont rompues, d'autres sont fortement épaissies par la sclérose.

La vascularisation, spécialement riche, est assurée par un système d'artères dont l'adventice fait corps avec la sclérose environnante, et de nombreuses artérioles ou capillaires dilatés, gorgés de globules

rouges. Aucune bronchiole n'est reconnaissable. Les grosses bronches, au contraire, sont intactes et sont bordées par un épithélium cylindrique, dont la bordure ciliée est parfaitement conservée par endroits. En contraste avec cette intégrité des grosses bronches, certaines artères de moyen calibre sont le siège d'une endartérite proliférante très accusée, réduisant notablement la lumière vasculaire.

Les formations tuberculeuses sont représentées par des figures diverses :

1° Des follicules récents, quelques rares cellules épithélioïdes à noyau grêle et hyperchromatique entourent un groupe de cellules géantes parfois très volumineuses ; celles-ci sont faites d'une masse centrale nécrotique granuleuse entourée d'une couronne de noyaux irréguliers pycnotiques. Une légère infiltration lymphoïde mêlée de quelques plasmocytes est répandue dans le tissu scléreux qui entoure immédiatement le follicule. 2° Des follicules plus anciens de structure identique aux précédents, mais dont la partie centrale est déjà occupée par une zone caséeuse de dimension variable. 3° Des nappes caséeuses beaucoup plus importantes, dépourvues de formation épithélioïde, lymphoïde et giganto-cellulaire et dont la périphérie est seulement bordée par une bande de sclérose pauvre en éléments cellulaires, mais assez riche en fibres élastiques tronçonnées. La partie centrale caséeuse ne contenant aucun de ces éléments fibrilaires.

L'espace interlobaire constituant la limite de

l'image macroscopique se montre histologiquement formé par une traînée scléreuse épaisse, extrêmement riche en vaisseaux congestionnés, dépourvue de formation tuberculeuse dans son intérieur ; sur ces deux faces viennent s'implanter les parois alvéolaires épaissies et les plages de sclérose parenchymateuses se fondent insensiblement avec les éléments constituant de la symphyse scissurale.

Les quelques alvéoles encore reconnaissables sont, en général, remplies d'œdème et leur lumière contient, en proportion variable, de grosses cellules arrondies de desquamation à divers stades de désintégration ; pas de polynucléaires.

En somme, lésion tuberculeuse en évolution, à caractère scléreux dominant. La sclérose paraissant tantôt indépendante des follicules tuberculeux eux-mêmes, tantôt au contraire nettement systématisée à la périphérie de nodules caséeux amorphes sans activité intensive apparente.

D'après l'examen hystologique un peu différent de celui de Béthoux, il est permis de penser, comme le prouve la date récente de la lobite étudiée par cet auteur et l'évolution déjà plus ancienne du cas que nous rapportons, que nous nous trouvons à un second stade de l'évolution de la lobite.

A côté de lésions anciennes non évolutives, et encerclées par un processus de sclérose, nous constatons des lésions récentes en pleine activité avec de nombreuses cellules géantes et épithélioïdes, le bloc lobaire ne présente plus aucune région saine.

Les nodules tuberculeux anciens et récents étant seulement séparés par des travées fibreuses et quelques alvéoles encore reconnaissables atteintes d'alvéolite bacillaire.

La nécrose centrale des nodules a peu de tendance à l'extension rapide, comme le prouve l'intégrité des bronches et le fait prédominant est le processus de sclérose ainsi que l'avait déjà signalé Béthoux.

Cependant, comme le fait remarquer le professeur Letulle, le processus de sclérose dont la formation accompagne nécessairement les lésions bacillaires, peut se laisser envahir par la caséification plus ou moins rapide en cas d'évolution ulcérative de la région qu'il limite.

C'est pourquoi les constatations anatomiques faites à la suite de l'évolution ulcéro-caséeuse et de l'extension du processus tuberculeux aux deux poumons ne révèlent plus aucun caractère particulier.

La lobite a perdu son caractère primitif, pour ne plus représenter comme nous l'avons constaté dans un cas (observation 71) qu'un amas caséeux creusé de multiples cavernes, et dans un autre (observation 72) qu'une énorme caverne remplie de pus.

L'épaississement très prononcé de la plèvre interlobaire symphysée et d'un aspect blanc nacré restant le seul vestige de la limitation lobaire perçue radiologiquement au moment des premiers examens.

OBSERVATION LXXI

P. G..., 23 ans, vendeuse.

Entre à l'Hôpital Laënnec, salle Dieulafoy, le 16-7-25.

Tousse, crache et se sent affaiblie ; depuis 2 mois, amaigrissement de 6 kilos, anorexie, sueurs nocturnes, température vespérale 38°. B. K. +.

Examen radioscopique : Lobite supérieure droite, spélonque au sommet, taches au niveau du lobe inférieur.

Examen stéthacoustique : Poumon droit, en avant, sub-matité, souffle tubo-cavitaire, gros râles bulleux et quelques sibilants sous la clavicule. En arrière, matité dans tout le tiers supérieur, vibrations exagérées, même bruits adventices qu'en avant.

Rien à gauche.

Pneumothorax institué le 1-8-25. Bon décollement, pas de température, amélioration de l'état général ; rentre chez elle, les insufflations étant continuées au dispensaire.

Après 6 mois de traitement ayant amené une amélioration sensible, la malade a un accident de voiture (forte contusion thoracique à droite). Tousse et crache davantage, ne peut plus venir faire ses insufflations, reste alitée pendant un mois.

En juillet 1926 rentre de nouveau dans le service.

Toux et expectoration abondante, température 38° à 39°, amaigrissement de 12 kgr. en 8 mois.

Examen radioscopique : C. P. D. Hydropneumothorax avec liquide remontant jusqu'au 5e espace intercostal, pas de décollement du tiers supérieur du poumon.

Poumon gauche : taches et marbrures irradiant du hile vers le tiers supérieur du lobe pulmonaire.

Examen stéthacoustique : A gauche, en arrière, sub-matité au sommet ; souffle tubo-cavitaire ; râles bulleux moyens après la toux.

A droite, en arrière, matité de tout l'hémithorax, souffle cavitaire, succussion hypocratique.

En avant, mêmes signes.

L'état de la malade s'aggrave rapidement. Décédée le 25-7-26.

PROTOCOLE DE L'AUTOPSIE

Cadavre de taille moyenne très amaigri.

A l'ouverture du thorax on constate la présence d'un épanchement purulent dans la cavité pleurale droite on en recueille environ un demi-litre.

La plèvre présente de nombreuses adhérences au sommet surtout. On doit sculpter la paroi pour détacher le poumon qui est très diminué de volume. (Un cinquième environ), à gauche, les adhérences sont moins nombreuses, le poumon est de volume normal.

A la coupe, la plèvre est épaissie et dure, le poumon droit est creusé de très nombreuses cavernes, séparées par des zones caséeuses, l'ensemble ne forme plus qu'un magma informe caséeux et purulent où ne se distingue nettement que la scissure interlobaire supérieure symphysée dans toute sa longueur et présentant une hyperplasie pleurale très importante.

Au poumon gauche, la plèvre est peu épaissie ; tout le sommet est creusé de cavernes variant du volume d'une bille à celui d'une noix, tout le reste du champ pulmonaire est parsemé de nodules tuberculeux. A la base, une volumineuse caverne de 4 centimètres de diamètre.

Cœur normal.

Intestin normal.

Foie très gros, 2900, dégénérescence graisseuse, pas de granulation tuberculeuse.

Rate, quelques granulations tuberculeuses superficielles.

Reins normaux.

Pancréas normal.

Surrénales nécrotiques.

OBSERVATION LXXII

Fa. O..., 32 ans, concierge.

Hospitalisée le 30-12-25, salle Mosny.

Allaitait son enfant de deux mois, lorsqu'elle commence à tousser et à se sentir très affaiblie. Depuis un mois, la toux augmente et est accompagnée d'une expectoration jaune verdâtre. B. K. +. Amaigrissement, sub-fébrile.

A. H. : Père décédé affection pulmonaire.

A. C. : Mari actuellement bien portant ; a eu une pleurésie il y a un an.

A. P. : Bronchites en 21, 23 et 25.

Examen radioscopique : Diminution générale de la transparence du champ pulmonaire gauche ; très riche aspect en « mie de pain » sur les deux tiers supérieurs du champ pulmonaire. Spéléomorphie de 5 cm. de diamètre apparent, située à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du poumon.

A droite : Lacis de marbrures couvrant la moitié supérieure du poumon. La limite inférieure de la zone marbrée est constituée par une ligne nette du type scissural. Sinus costo-diaphragmatique normal.

Cliché : 20 janvier.

C. P. G. : Rétraction marquée de l'hémithorax. Elévation du diaphragme. Toute l'étendue du champ semé de taches presque confluentes dessinant sur la moitié supérieure un aspect en « mie de pain » à larges mailles. Vaste spélonque de 5 cm. de diamètre près de la paroi axillaire dans la région du tiers inférieur du poumon.

C. P. D. : Taches et marbrures couvrant la moitié supérieure du poumon dessinant au-dessus de la clavicule un aspect en « mie de pain » à larges mailles. Au-dessous de la clavicule, aspect en nid d'abeilles limité par la scissure épaissie.

Examen stéthacoustique : En arrière, à droite et à gauche, sub-matité aux deux sommets. Vibrations diminuées. A gau-

che, souffle cavitaire et gargouillements à droite, inspiration rude, expiration prolongée et soufflante, bronchophonie.

En avant, mêmes signes.

Très mauvais état général ; température 38° à 39° ; l'état de la malade s'aggrave rapidement. Décédée 11-2-26.

PROTOCOLE DE L'AUTOPSIE

A l'ouverture du thorax : *Poumon* droit épais, turgescent, adhérent sur la moitié supérieure de la face antérieure. Petite quantité de liquide citrin dans la plèvre. La scissure supérieure est symphysée, dans la plus grande partie de son trajet. Consistance irrégulière.

A la coupe, caverne occupant tout le sommet, de la grosseur d'une orange, dont les parois sont anfractueuses. Elle contient un pus crémeux, rose, verdâtre. Le tiers moyen est dense, infiltré de tubercules caséeux, groupés en bouquets confluents. Le tiers inférieur est d'aspect à peu près normal, congestionné, œdémateux seulement.

Poumon gauche : La cavité pleurale contient environ 1 litre d'un pus vert, épais, bien lié. Au-dessus de la deuxième côte, en avant, et de la troisième en arrière, très fortes adhérences. On ne peut détacher la moitié supérieure du poumon gauche sans la déchiqueter, mais on reconnaît la présence de multiples cavernes de volumes variables depuis celui d'une bille jusqu'à celui d'une mandarine, à parois anfractueuses.

Le reste du poumon gauche est lourd, dense, et présente à la coupe des nappes de tissu caséeux irrégulièrement disséminées.

Cœur : Petit, sans aucune particularité.

Foie : 2 kilogs, gros, gras, mou, luisant, de coloration irrégulière, beurre frais, marbré de placards cyanotiques. A la coupe aspect de noix muscade.

Rate : Congestionnée, volumineuse, poids 310 gr.
Reins : Quelques points de congestion.
Intestins : Pas de lésions tuberculeuses apparentes.
Pancréas normal.
Surrénales putréfiées.

En résumé, la lésion lobaire est probablement constituée au début par un envahissement à type pneumonique provoquée par le réveil de lésions anciennes, soit parenchymateuses soit pleurales.

Par la suite, la résorption de l'exsudat intra-alvéolaire peut se produire, laissant, comme seule séquelle, soit des nodules tuberculeux, apparents radiologiquement, soit une scissurite ; seuls les clichés en série permettent de déterminer ce qui constitue le reliquat de la poussée lobaire et ce qui appartenait aux lésions préexistantes.

Ou bien, tout au contraire, les lésions évoluent vers la caséification plus ou moins rapide pouvant dans la majorité des cas, rester bien limitées et évoluer vers la cicatrisation, grâce à la prédominance de la réaction fibreuse toujours très intense dans ces localisations tuberculeuses à forme lobaire.

Le terme de « lobite tuberculeuse chronique » employé par Bethoux, au sujet de cette lésion, nous semble absolument justifié et devrait être, en réalité, le seul employé, étant donné la diversité des lésions constatées, suivant la période évolutive à laquelle sont faits les examens anatomo-pathologiques.

Pathogénie

La pathogénie de la lobite n'a pu être définitivement élucidée ; nous ne poserons donc que des hypothèses suggérées par l'ensemble des faits publiés par les différents auteurs et par les constatations relevées sur les nombreuses observations étudiées.

Cette pathogénie soulève divers problèmes :

La localisation si fréquente des lésions tuberculeuses au lobe supérieur droit ;

La limitation scissurale ;

La cause de l'envahissement général d'un lobe ;

La nature de l'envahissement alvéolaire.

Localisation au lobe supérieur droit. — La localisation des lésions tuberculeuses au lobe supérieur droit dont la fréquence comparativement aux atteintes des autres lobes est déjà si connue est attribuée par Freund, Schmorl, Hart et de nombreux autres auteurs, à l'ossification trop précoce des cartilages costaux. Le lobe supérieur ainsi encerclé à sa partie supérieure se trouverait dans des conditions défavorables au point de vue circulatoire et, par là même, tout à fait propices à l'invasion et au déve-

loppement du bacille tuberculeux. Bien que la partie supérieure de la cage thoracique soit souvent physiologiquement plus restreinte que la gauche, il ne nous semble pas que cette raison soit suffisante pour expliquer la prédominance des lésions à droite. Nous croyons qu'il faudrait plutôt chercher la fréquence des localisations au lobe supérieur droit dans l'orientation de la bronche supérieure. La disposition asymétrique de cette bronche épartérielle, de ses vaisseaux satellites est-elle en rapport avec une ventilation insuffisante et une moindre circulation au niveau du lobe suptrieur? C'est l'opinion de nombreux auteurs.

La limitation scissurale caractérisant la lobite indique évidemment une délimitation nette entre les lobes. Comme l'ont fait remarquer de nombreux anatomistes, et comme nous l'avons constaté nous-mêmes au cours des autopsies de malades non tuberculeux, il est fréquent de constater une scissure incomplète entre le lobe supérieur et le lobe moyen. Nous croyons donc que ces constatations et le fait d'une scissure nettement visible à la radiographie peuvent permettre de supposer que la lobite se produit chez les individus dont l'interlobe n'est pas enjambé par des ponts parenchymateux et chez lesquels les lésions ont ainsi une moins grande facilité à s'étendre vers le lobe sous-jacent. L'envahissement total d'un lobe se produit généralement, comme l'avaient déjà démontré notre maître le Professeur Léon Bernard, son élève

Bethoux et comme le prouvent nos nombreuses observations chez des malades dont la tuberculose a évolué insidieusement mais depuis un temps déjà assez long, une cause anergisante ou un incident aigu sont généralement les agents provocateurs d'un réveil des lésions latentes. Malloizel, dans sa thèse sur les réactions pleuro-corticales, voit dans la scissure interlobaire un mode de propagation de l'infection ; elle peut contenir des nids caséeux renfermant des bacilles et, par cette voie, l'infection pourrait se propager aux ganglions du hile qui constitueraient une réserve d'agents pathogènes. La lobite semble donc due au phénomène de réinfection endogène, de notre maître, le Professeur Léon Bernard. Cette poussée évolutive provoquée par le bacille de Koch diffuse du foyer tuberculeux provoquant une réaction inflammatoire à type pneumonique. Nous en avons la preuve dans les observations de lobites qui ont pu être suivies dès leur apparition. L'envahissement du lobe est rapide, donnant à l'écran une opacité homogène qui peut régresser au bout d'un temps plus ou moins long. Ces cas répondent à ceux que décrivaient, en 1905, le Professeur Letulle, après ses expériences d'inoculation par voie intraveineuses et MM. Bezançon et Braun, après les inoculations intra-trachéales, ont été amenés à des constatations analogues.

Certains auteurs anciens, bien que privés du secours indispensable de la radiologie, pour le contrôle de la limitation des lésions bacillaires, avaient

déjà remarqué par le seul examen clinique l'évolution différente de la pneumonie caséeuse rapidement mortelle et de certaines formes à tendance plutôt chronique. Grancher, le premier, dans son étude sur la pneumonie tuberculeuse, signale des cas d'induration lobaire circonscrite sans tendance marquée à l'évolution caséeuse rapide.

Sabourin décrit des foyers pneumoniques localisés consécutifs à une embolie bronchique accompagnée de phénomènes inflammatoires dans lesquels le processus nécrotique est peu évolutif. Plus tard, l'école lyonnaise et Riel, en particulier, dans sa thèse sur la pneumonie lobaire, notent que si la tendance à l'évolution caséeuse de ces lésions est fréquente, elles peuvent cependant régresser totalement ou se cicatriser par un phénomène de réaction fibreuse, suites bien vérifiées en 1912 par les expériences de Bezançon et Braun qui démontrent la réalité de l'existence d'un processus pneumonique curable, malgré une première phase de nécrose et différente par là même dans son évolution de la pneumonie caséeuse lobaire.

Il nous semble qu'il nous faille considérer la lobite tuberculeuse comme le résultat d'une surinfection le plus souvent endogène développée alentour d'une lésion ancienne sclérosée ou peu active, à la faveur d'une cause anergisante plus ou moins facile à mettre en évidence. La tendance fibro-caséeuse des nouvelles lésions broncho-alvéolaires est vraisemblablement fonction de certaines modifications

de l'état humoral, imprégnation toxinique du parenchyme tuberculeux au voisinage des anciennes lésions. L'intensité de la réaction, la réinfection seraient subordonnées à deux facteurs : dose des bacilles infectants ; degré de l'imprégnation tuberculeuse locale.

Traitement

1° Pneumothorax artificiel

Le traitement de choix de la tuberculose pulmonaire subordonné à l'unilatéralité des lésions est actuellement le pneumothorax artificiel. La lobite, caractérisée justement par la délimitation nette des lésions évolutives, en constitue l'une des indications les plus remarquables.

Nous avons passé en revue les diverses évolutions des tuberculoses lobaires, laissées à elles-mêmes et soumises au collapsus. Si dans certains cas, sous la seule influence du repos et des prescriptions hygiéniques, le processus spontané de guérison par transformation fibreuse peut survenir, dans la règle, livrées à elles-mêmes les lésions, si strictement limitées au début, tendent à s'étendre et à se généraliser ; le pronostic est donc lié en grande partie au traitement par le pneumothorax et à la précocité de son institution.

La seule contre-indication est déterminée par la bilatéralité des lésions, et encore elle admet quelque réserve.

Les taches du côté opposé à la lobite ont des significations très diverses. Il s'agit d'établir si elles représentent la séquelle fibreuse de lésions au repos, préexistantes à la lobite, ou constituent le début d'un envahissement.

Les signes stéthacoustiques ont une grosse valeur : présents ils témoignent presque indiscutablement d'une lésion évolutive, mais ils manquent souvent et la méthode des clichés successifs peut seule déterminer le dégré d'activité des lésions. Elle présente un gros inconvénient, le retard apporté à la collapsothérapie, qui risque justement de favoriser l'extension du processus tuberculeux.

Actuellement, les résultats acquis par la pratique du pneumothorax bilatéral simultané, mettent entre les mains du thérapeute une action efficace. La bilatéralisation ne constitue plus l'évolution quasi fatale contre laquelle on n'a pas de recours.

Lorsque la lobité présente l'allure clinique d'une affection à marche rapide, il faut même, si l'intégrité du côté symétrique est douteuse, collaber sans délai, quitte à comprimer ultérieurement le poumon opposé.

Il est donc rare de trouver dans la bilatéralité des lésions une contre-indication absolue au pneumothorax d'une lobite tuberculeuse diagnostiquée à temps.

L'échec de la méthode est lié bien plutôt à l'existence d'adhérences pleurales, la symphyse interlobaire isolée n'étant en rien un inconvénient.

Il n'en est pas de même des adhérences pariétales, généralisées elles constituent au collapsus un échec certain et après deux au trois tentatives infructueuses forceront de renoncer au pneumothorax.

Localisées elles n'apparaissent qu'après insufflations pleurales, les déformations cliniques et radiologiques : rétraction costale, déviation médiastinale, sont le fait de la sclérose pulmonaire beaucoup plutôt que de l'atteinte pleurale.

La région axillaire constitue à ces adhérences un lieu d'élection, tendues du poumon à la paroi, les brides plus ou moins épaisses s'opposent alors fortement au collapsus du parenchyme malade et peuvent sous-tendre une cavité que l'élévation de la pression intra-pleurale ne parvient pas à affaisser. A la longue, la bride peut se laisser étirer et on peut réaliser un collapsus suffisant. On ne devra pas, malgré la persistance des adhérences, se laisser entraîner à de trop fortes élévations de pression qui risquent de déterminer de fortes réactions liquidiennes ou la complication fatale de la perforation pleuro-pulmonaire.

L'apex constitue une autre région où siègent fréquemment les adhérences pleurales peu gênantes elles ne s'opposent pas à une bonne compression du poumon contre le médiastin.

L'adhérence unique filiforme, qui sous tendant, dans certains cas une cavité, s'oppose à l'affaissement de celle-ci, invite à la section par étincelage sous le contrôle visuel, comme l'avait proposé Ja-

cobeus de Stockholm, en 1911. Les indications d'une telle intervention sont d'ailleurs très rares.

Il est des cas où la symphyse s'étend à la totalité du lobe malade. Dans ce cas, l'insufflation détermine la formation d'un pneumothorax partiel, étendu de la scissure au diaphragme et laissant persister au niveau des parties supérieures du poumon les signes stéthacoustiques. Le collapsus très incomplet qui s'exerce à la face inférieure du lobe est habituellement insuffisant. De plus, ces formes exposent davantage aux réactions liquidiennes qui après résorption laissent souvent une symphyse totale.

Dans certains cas, on peut, en pratiquant une insufflation dans le deuxième espace intercostal, obtenir une chambre de décollement limitée par la scissure et qui constitue, pour le lobe supérieur, un véritable pneumothorax électif.

OBSERVATION LXXIII

M. Y..., 18 ans, dactylo.

Vient consulter au dispensaire 9-11-25, parce qu'elle se sent souvent affaiblie et tousse un peu le matin.

Radioscopie : Champ pulmonaire droit : Lobite supérieure avec volumineuse spélonque à l'extrême sommet du lobe.

Examen stéthacoustique : En avant, à droite, souffle tubo-amphorique au sommet, quelques râles bulleux fins.

En arrière, à droite, sub-matité au sommet droit, souffle tubo-amphorique et râles bulleux fins, retentissement de la toux et de la voix.

Hospitalisée le 11-11-25.

La malade dit avoir maigri progressivement depuis un an environ et s'être souvent sentie fatiguée, sans cependant devoir arrêter son travail.

Depuis un mois tousse et crache le matin.

Pas d'antécédent héréditaire, ni personnel tuberculeux.

Etat général : Pâle, léger amaigrissement. Température : 37°5 à 38.

B. K. +.

Cliché : 14 novembre.

Champ pulmonaire droit : Lobite supérieure droite, au-dessus de la clavicule, spélonque de volume d'un œuf de pigeon. Le reste du lobe présente une opacité à peu près homogène, juste au-dessous du milieu de la clavicule, légère plage plus claire.

Dans le reste du poumon, simple exagération des ombres broncho-vasculaires.

Champ pulmonaire gauche. Ombres broncho-vasculaires denses, surtout dans la région hilaire.

Pneumothorax thérapeutique institué le 26-11-25.

Radioscopie : 2-12-25. Opacité du lobe supérieur droit. La scissure est abaissée et située à peu près au milieu de la poitrine. Chambre de décollement à l'extrême sommet. Petite bande de décollement médiastinal.

9-12-25 : Décollement autour du lobe supérieur droit. Pas de décollement visible à la base.

Sortie de l'hôpital. Suivie au dispensaire.

17-4-26 : *Radioscopie*. Pas de D. M., pas de D. F., pas de liquide. Bon état général ; tousse et crache peu, travaille, pas de température, plus de B. K. dans les crachats depuis plusieurs mois.

OBSERVATION LXXIV

M. E..., 23 ans, fourreuse.

Hospitalisée le 11 mars 1923.

Radioscopie : Obscurité de la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec limite inférieure nette, sinus costo-diaphragme peu mobile.

A gauche : I. T. N.

Entre à l'hôpital Laënnec, salle Quesnay, pour toux et expectoration.

Cliché : 26-3-23. Sommet transparent à gauche, hile épaissi avec arborisation entre le hile et la clavicule. A droite, forte densification de la moitié supérieure, à base inférieure nette, à caractères interlobaires. « Mie de pain » à la partie inférieure de cette densification. Hile épaissi. Nombreuses arborisations allant du hile à la moité inférieure avec taches assez épaisses disséminées entre les arborisations.

Antécédents personnels : Grippe en 1918.

En 1921, traitée à Saint-Louis, où elle est hospitalisée à deux reprises. Du 1er au 21 mars pour roséole et du 4 mai au 27 juin.

Antécédents héréditaires : Père mort de tuberculose pulmonaire à 37 ans.

Maladie actuelle : A commencé à tousser au début de février ; progressivement elle tousse de plus en plus. Sa température arrive à 39°5 le matin, 40° le soir. Quelques jours après, elle remarque des filets de sang dans ses crachats pendant deux ou 3 jours. Ensuite, la température baisse. Elle revient à la normale au bout de 10 jours. Depuis, asthénique. A beaucoup maigri. Se plaint d'une douleur au côté droit.

Examen stéthacoustique : A gauche, normal ; à droite, en avant, expiration rude, inspiration prolongée. Râles bulleux dans la fosse claviculaire. En arrière, à droite, souffle cavitaire, gros râles bulleux dans la fosse sus-épineuse. Echo cavitaire de la voix et de la toux. Bronchophonie. Pectoriloquie aphone. Dans la région axillaire, râles bulleux.

Pneumothorax institué le 4 mars 1923.

Radioscopie : Très bon décollement de toute la partie supérieure du poumon droit. Le moignon pulmonaire est très den-

se et subit un curieux mouvement de pivotement pendant la respiration. Pas de liquide visible à la base, qui paraît encore habitée par le poumon. Pas de phénomène paradoxal de Kienboeck. Pas de balancement appréciable du médiastin.

Juillet 1923 : *Hydro-pneumothorax* droit. Cœur fortement refoulé à gauche. Le bord droit du cœur est à gauche de l'ombre vertébrale.

Champ pulmonaire gauche radioscopiquement normal.

Sortie le 18 mars 1924. Bon état général. Etat subfébrile. Poids stationnaire. Malade suivie au dispensaire. Vue le 27-8-26. Bon décollement, pas de D. M. Pas de D. S. trace de liquide. Tousse et crache peu ; examen du B. K. négatif depuis 6 mois.

OBSERVATION LXXV

W. P..., 17 ans.

Entre le 2 juin 1926, salle Bussaud, hôpital Laënnec, lit n° 19.

Le 12 avril 1926, le malade est pris d'une petite toux sèche. Il se sent fatigué. Le lendemain et les deux jours suivants, mêmes signes physiques.

Le 18, il va voir un médecin qui lui conseille d'entrer à l'hôpital. Est hospitalisé le 21 avril 1926.

Antécédents personnels : En 1915, maladie grave, dont il ne peut préciser les symptômes. Maux de gorge fréquents.

Antécédents héréditaires : Père bien portant. Mère morte de bacillose.

A son entrée : faciès pâle. Voix voilée ; sub-fébrile. Pouls 118. Tension artérielle 8-12 $\frac{1}{2}$ au Vaquez.

Pas de sueurs nocturnes. Bon appétit. Tousse peu. Crache peu. B. K. +.

Examen stéthacoustique : 1er mai 1926. En arrière, à droite : sub-matité dans la moitié supérieure du champ pulmonaire.

Vibrations augmentées. Souffle tubo-cavitaire, gros râles bulleux, bronchophone. Pectoriloquie aphone.

En avant, à droite : mêmes signes adventices sous la clavicule.

Radioscopie : Lobite supérieure droite excavée. Rien à gauche.

Pneumothorax thérapeutique institué le 25 mai 1926.

Radioscopie : Décollement apexien complet. Pas d'atélectasie de la base du lobe supérieur. Trace infime de liquide.

Augmentation de poids de 5 kgr. en deux mois. Ne tousse plus, ne crache plus. Pas de température. Amélioration notable de l'état général.

Dans un grand nombre de cas, les plus favorables, l'insufflation détermine un décollement total, mais dans ce cas même, l'examen radioscopique montre des images diverses.

L'élasticité du lobe supérieur, siège d'une infiltration massive, peut avoir complètement disparu et, alors que les lobes inférieurs se tassent contre la base, il continue à se dessiner sous forme d'une ombre opaque triangulaire, en chapeau de gendarme, dont le bord externe est séparé de la paroi par un mince espace clair et dont le bord inférieur est horizontal et net.

OBSERVATION LXXVI

P. A..., femme de chambre, 24 ans.

Vient au dispensaire le 12-10-25, pour toux et expectoration.

Examen radioscopique : Champ pulmonaire droit : Ombre homogène occupant le tiers moyen du champ, à limite flou et

correspondant à la scissure, taches et marbrures autour de la clavicule.

Hospitalisée le 20-10-25.

La malade a commencé à tousser en 1922, sans qu'aucun incident brusque signale l'évolution d'une lésion bacillaire. Elle vivait à ce moment (contamination pendant 18 mois) avec deux personnes atteintes de tuberculose pulmonaire. Elle avait toujours été bien portante jusque là.

Actuellement, tousse peu, crache peu, sueurs nocturnes. Etat général relativement bon. B. K. = +.

Examen stéthacoustique : A droite, en arrière, sub-matité dans le tiers supérieur, exagération des vibrations ; souffle tubo-cavitaire, quelques râles bulleux fins.

En avant : sub-matité sous la clavicule. Inspiration rude, expiration prolongée et soufflante. Râles bulleux dans la fosse sus-claviculaire.

Rien à gauche.

Cliché : 24-10-25. Champ pulmonaire droit : rétracté dans son ensemble, rétraction du cœur à droite, taches et marbrures qui sont dans la partie moyenne opaques et forment une masse triangulaire à base axillaire et à pointe dirigée vers le hile.

Au-dessus de cette ombre, les taches forment un aspect en « mie de pain ».

Pneumothorax institué le 30-10-25.

Examen radiologique : 17-12-25. Mince bande de décollement à la partie externe du lobe supérieur. Celui-ci reste opaque avec limite scissurale horizontale nette. Bonne compression à la base.

Sortie le 19-12-25. Bon état général. Pas de température.

Pneumothorax continué au dispensaire.

Dispensaire le 14-4-26 : Bonne compression. Pas de D. M. Pas de D. S., tousse et crache un peu. B. K. + ; bon état général.

Dans certains cas, même, l'air s'insinue dans l'interlobe, et dessine mieux encore l'image de la lobite supérieure. Il faut alors élever avec lenteur et prudence la pression intra-pleurale. Une forte pression positive déterminerait un déplacement médiastinal sans provoquer l'atelectasie de la lobite. Celle-ci s'effectue par rétrocession lente des exsudats alvéolaires sous l'action d'une élévation progressive de la pression intra-pleurale. La température abaissée reste subéfrile et l'expectoration rare. Dans certains cas, l'examen stéthacoustique et les signes radiologiques montrent que l'évolution lobaire se poursuit vers le ramollissement et la nécrose.

Parfois au stade cavitaire, l'élimination des substances caséifiées favorise le collapsus progressif du moignon pulmonaire.

OBSERVATION LXXVII

D. M. T..., 16 ans.

Hospitalisée parce qu'elle tousse et crache un peu depuis 6 mois ; a maigri de 5 kilos pendant cette période. Points de côté.

Présente une asthénie marquée et de l'anorexie. A une température vespérale oscillant depuis quelques jours entre 38°5 et 39°.

Antécédents héréditaires : Aucun antécédent héréditaire tuberculeux. Bien portante jusque-là.

Radioscopie : A droite : condensation lobaire supérieure excavée. Rien à gauche.

Examen stéthacoustique : En arrière, à droite, sub-matité dans le tiers supérieur de l'hémithorax. Vibrations augmentées.

Souffle tubo-cavitaire ; gros râles bulleux dans la fosse sus-épineuse. Retentissement de la voix et de la toux. Pectoriloquie aphone. En avant, sub-matité sous la clavicule. Souffle tubo-cavitaire et râles bulleux. Rien à gauche.

Examen des B. K. +.

Cliché : A droite, infiltration non homogène du tiers supérieur creusée d'une spélonque de 5 cm. de diamètre environ sous la clavicule. Limite scissurale nette. La partie inférieure du champ pulmonaire droit et le champ pulmonaire gauche sont de transparence normale.

Le pneumothorax thérapeutique est pratiqué le 29-9-24.

Radioscopie : Bonne compression à la base. Le lobe supérieur excavé reste dense. Légère rétraction du lobe supérieur. La spélonque reste toujours béante.

La malade a une température régulière, tousse et crache moins. Augmente de poids et présente un bon état général.

Elle est envoyée à Angicourt, où son pneumothorax est continué. Elle y fait un séjour de deux mois et rentre à Paris, venant suivre le traitement au dispensaire.

Son état général s'améliore progressivement. Elle tousse et expectore beaucoup. N'a plus de température.

Examen radioscopique : A droite : le lobe *supérieur est bien comprimé.* Pas de déviation du médiastin.

Actuellement, encore en traitement. Son état général est excellent. Elle ne tousse ni ne crache et a une température régulière, son poids est stable. La malade travaille sans en ressentir aucune fatigue.

Enfin, il est des cas particulièrement favorables sur lesquels Aris, dans sa thèse, a attiré l'attention où le pneumothorax généralisé réalise un collapsus électif au niveau du lobe atteint. Celui-ci (il s'agit, le plus souvent, du lobe supérieur) est abaissé, refoulé vers le médiastin, alors que la partie saine du

poumon arrive presque au contact de la paroi conservant une expansion inspiratoire évidente.

La diminution d'expansibilité du parenchyme malade favoriserait à un certain degré l'atélectasie, et au cours de la résorption du gaz intra pleural entre les insufflations, c'est le lobe sain qui conservant toute son expansibilité tendrait à se rapprocher de la paroi.

Ce processus éminemment favorable puisque conservant partiellement l'activité respiratoire de presque tout le côté collabé, limite l'accroissement d'efforts respiratoires du poumon symétrique. La persistance de la circulation pulmonaire et de ce fait le travail du cœur, sont favorisés par des insufflations moins abondantes et plus répétées sous des pressions plus faibles.

C'est en suivant ces règles générales de conduite par un effort de localisation du collapsus au niveau du lobe atteint, par une augmentation très progressive de la pression intra-pleurale que l'on obtient les résultats les plus favorables.

Sans modifier la statique médiastinale, évitant les grosses réactions liquidiennes, on assiste radiologiquement à l'éclaircissement des lésions en même temps que l'expectoration se tarit, que la fièvre tombe et que l'état général s'améliore. (Observations 42, 43, 44, 45).

Echec du pneumothorax artificiel

Indication chirurgicale

La symphyse pleurale, l'impossibilité d'obtenir une chambre de décollement efficace, ont amené dans les cas où les lésions évolutives sont strictement unilatérales à tenter certaines interventions chirurgicales.

La phrénicectomie. — Par l'ascension et l'immobilité diaphragmatique qu'elle détermine, et tardivement la rétraction pariétale donne de bons résultats, mais seulement dans le cas de lobite inférieure et à la rigueur, de lobite moyenne. Nous avons vu que celles-ci sont l'exception.

La thoracoplastie est une opération sérieuse qui nécessite chez l'opéré un état général satisfaisant. Nous relatons une observation de lobite traitée par l'opération de Tuffier et nous ne pouvons, sur ce seul cas à évolution défavorable, établir dans aucun sens une opinion.

OBSERVATION LXXVIII

G... Raymonde, apprentie fourreuse, 15 ans.

Vient consulter au dispensaire le 11-2-23, parce qu'elle tousse depuis un mois progressivement de plus en plus.

Examen radioscopique :

C. P. G. : I. T. N.

C. P. D. : Rétraction trachéale. Densification du tiers supérieur avec « mie de pain » limitée à la base par une bande

plus sombre dont la netteté augmente dans les incidences hautes (à caractère interlobaire).

Examen stéthacoustique : Matité sous la clavicule à droite, en avant. Quelques râles bulleux. En arrière : matité dans la région supérieure de l'hémithorax droit, souffle amphorique, avec râles bulleux moyens dans la zone inter-scapulo-vertébrale et sus-épineuse. Bronchophonie.

Hospitalisée le 13 février 23, salle Piorry.

La malade était venue consulter au dispensaire, parce qu'elle toussait fréquemment depuis un mois. Sans expectoration.

Etat actuel : Pas d'amaigrissement notable. Asthénie. Bon état général.

A. H. : Mère tousseuse ?

A. P. : Bonne santé jusqu'à il y a un mois.

23-3-23 : Cliché : Champ pulmonaire. Densification massive du tiers supérieur à limite inférieure à caractère interlobaire. La partie inférieure de cette densification est uniformément teintée ; dans tout le reste, on voit de la « mie de pain » à larges mailles. Dans la partie moyenne du champ pulmonaire se voit une bande d'ombre faisant suite à la densification du lobe supérieur à limite très chargée et au voisinage du hile une plage claire d'aspect lacunaire.

C. P. G. : Arborisation allant du hile à la clavicule. Quelques taches disséminées entre ces arborisations. Sinus assombri.

Examen stéthacoustique : P. D. en avant, sous la clavicule ; souffle tubo-spélonquaire, râles bulleux après la toux.

En arrière : P. D. : sub-matité dans le tiers supérieur ; inspiration rude, expiration prolongée ; souffle tubo-cavitaire et bulleux dans la région inter-scapulo-vertébrale et dans la fosse sus-épineuse. Pectoriloquie aphone, bronchophonie.

A gauche : inspiration rude, expiration prolongée.

Région axillaire droite : expiration soufflante ; à gauche : normale.

Tension : 6 ½-12. Cuti +. B. K. +. Pneumothorax le 23-2-23.

Pas de décollement. Opération de Tuffier le 12-3-23.

Revient dans le service le 23 mai. Tousse et crache moins qu'à son départ.

Examen stéthacoustique : En avant, sub-matité, souffle tubo-cavitaire et râles bulleux après la toux sous la clavicule.

En arrière : matité du tiers supérieur, souffle tubo-cavitaire et râles bulleux des régions interscapulo-vertébrales et sus-épineuse. Quelques frottements pleuro jusqu'à la base de l'omoplate.

Pectoriloquie aphone.

Dans la région axillaire droite : souffle tubo-cavitaire et râles bulleux après la toux.

Température reste oscillante entre 37°5 et 39°. B. K. +.

La malade sort sur sa demande le 22 juillet 1923. Rentre chez elle.

Décédée chez elle au début de 1925.

La résection costale partielle avec décortication du sommet telle que Jaquerod de Leysin la préconise dans le cas de tuberculose localisée, semble avoir donné de meilleurs résultats. Intervention limitée, bien tolérée ; elle favorise le processus de rétraction naturelle et le refoulement électif du lobe malade. Elle peut même, dans certains cas où le pneumothorax incomplet collabe presque exclusivement les lobes sains, du fait de l'incompressibilité du parenchyme malade ou d'adhérences pariétales importantes, donner des résultats supérieurs.

Traitement des lobites associées a des lésions bilatérales

Lorsque les lésions symétriques n'évoluent pas, elles ne semblent pas contre-indiquer le pneumothorax et, même évolutives, elles peuvent, lorsque très limitées, être une indication au pneumothorax bilatéral. Celui-ci doit être d'ailleurs établi avec une extrême prudence : pression très lentement progressive, piqûre en deux temps pour éviter les dangers si redoutables de la perforation pulmonaire.

Bien conduit il peut donner des résultats surprenants

OBSERVATION LXXIX

B. S..., 15 ans et demi; entre à l'hôpital Laënnec, salle Quesnay le. 31-10-24.

Se sentait très affaiblie, maigrissait et toussait un peu le matin sans expectoration depuis 3 ou 4 mois, lorsqu'elle fit une hémoptysie le 1er décembre 24. Depuis la toux est devenue plus fréquente, mais les expectorations sont rares.

A. P. : Aucune maladie antérieure, à part la rougeole dans l'enfance.

A. H. : Mère décédée congestion pulmonaire.

A. C. : Frère décédé en juin 24, de tuberculose pulmonaire (vivait avec la malade).

Au moment de son hospitalisation : assez bon état général, toux et expectoration peu fréquentes. B. K. = +. Pas de température.

Examen radioscopique : 8-1-25. Taches confluentes dans la moitié supérieure du champ pulmonaire droit, limite scissurale nette.

C. P. G. d'apparence normale.

Examen stéthacoustique : 2-1-25. A droite, en arrière, submatité, vibrations augmentées dans le tiers supérieur, souffle tubo-cavitaire, râles sibilants jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate.

En avant, sub-matité sous la clavicule. Quelques râles sibilants.

Cliché : Rien à gauche. Taches confluentes sur la moitié supérieure du champ pulmonaire droit avec « mie de pain ».

Pneumothorax institué le 11-1-25. Bon décollement, pas de température. Augmentation de poids de 500 grammes.

Rentre chez elle, les insufflations sont continuées au dispensaire.

Examen radioscopique : 11-3-25. Bonne compression à droite. Quelques taches et marbrures à gauche, s'étendant du hile vers la clavicule. Pneumothorax arrêté.

10-5-25 : Hospitalisée de nouveau : toux et expectoration plus fréquentes, subfébrile.

31-8-25 : Pneumothorax institué à gauche.

Bon décollement, pas de température.

La malade est envoyée à Ivry et vient au dispensaire pour les insufflations.

18-6-26 : Bonne compression à gauche ; pas de liquide ; pas de température.

Augmentation de poids, tousse et crache très peu ; examen des crachats négatif les 3 derniers mois.

L'extension des lésions est d'un mauvais pronostic et d'une façon générale, une indication à l'abstention.

Le traitement se réduit alors à la cure hygiéno-diététique, au repos, qui ici encore, peuvent donner de bons résultats.

On a discuté longuement durant ces derniers mois de l'opportunité du traitement par les sels d'or.

La sanocrysine a donné des résulats variables et dans le cas de la tuberculose lobaire comme dans celui de différentes formes de tuberculoses chroniques, elle est actuellement presque abandonnée. Nous relatons cependant 3 cas favorables de lobites tuberculeuses soumises à cette thérapeutique et un défavorable (observation XXII et les suivantes).

OBSERVATION LXXX

N. J..., femme de chambre, 25 ans.

Vient au dispensaire le 5-11-25.

Radioscopie : Lobite supérieure droite avec ascension de la scissure. Marbrures du lobe inférieur. A gauche : taches et marbrures du lobe supérieur assez foncées et nettes.

Hospitalisée le 10-11-25. Début : fin septembre 1925, brusquement, par un point douloureux au sommet droit ; toux fréquente. Température 38°9, sans expectoration. Depuis un mois, perte de l'appétit, amaigrissement de 5 kgr.

A son entrée : Etat général médiocre, tousse un peu ; pas de dyspnée, pas de sueurs nocturnes ; pas de température.

Antécédents héréditaires : Pas d'antécédents tuberculeux.

Antécédents personnels : Crises rhumatismales articulaires à 11 ans et 14 ans.

Cliché : 13-11-25. Champ pulmonaire droit : taches et marbrures confluentes couvrant la moitié supérieure du champ. Sur le cliché, la limite est dégradée. L'ombre n'est pas rigoureusement homogène et présente surtout dans sa partie inférieure des petits points plus clairs et dans sa partie extérieure une zone ovalaire à contours irréguliers et rappelant une image spélonquaire (1 franc).

Masse confluente très dense dans la région hilaire. Dans la partie inférieure du champ, simple exagération des ombres broncho-vasculaires.

Champ pulmonaire gauche : taches et marbrures disséminées en éventail depuis la partie supérieure du hile vers le sommet, « mie de pain » à petites mailles au-dessus de la clavicule.

Examen stéthacoustique : 10-11-25. A droite, en avant : sub-matité sous la clavicule ; souffle tubo-cavitaire ; inspiration et expiration rude ; après la toux, bouffées de râles fins et moyens surtout.

En arrière : sub-matité au sommet droit ; souffles tubaires avec bulleux à timbre éclatant après la toux.

A gauche : expiration prolongée. Quelques râles fins dans la fosse sus-épineuse.

Radioscopie : 18-11-25. Bases normales, semis de petites taches à la partie externe du sommet gauche. Densification du lobe supérieur droit.

Cliché : 22-1-26. Champ pulmonaire droit : Grosse masse d'ombres presque confluente, homogène, occupant la région hilaire sur la partie interne de la clavicule. De là, irradient vers la périphérie des taches fines disséminées en éventail, surtout vers le sommet, au-dessus de la clavicule, où elles dessinent un aspect en « mie de pain ».

Champ pulmonaire gauche : Tache occupant le quart supérieur du champ, formant une image en nid d'abeilles au-dessus de la clavicule ; ombres hilaires et exagération des ombres broncho-vasculaires.

Examen stéthacoustique : 17-1-26.

Pneumothorax le 27-11-25. Pas de décollement. Traitée par la sano-crysine à petite dose.

Bon état général. Augmentation de poids de 1 kgr. ; plus de B. K. les deux derniers mois.

OBSERVATION LXXXI

A. G..., 40 ans, monteur électricien, entre le 15 mars 26, salle Hanot, n° 16.

Le malade, bien portant jusque là, a fait une pleurésie droite il y a 5 ans ; depuis un an, tousse et crache un peu et a maigri de 3 à 4 kgr.

Actuellement, tousse le matin ; se plaint d'un point de côté à droite ; son état général paraît peu touché ; ne fait pas de température. B. K. +.

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux.

Antécédents personnels : Maladie d'enfance.

Examen radiologique : Lobite supérieure droite. Sommet gauche nuageux.

Examen stéthacoustique : En avant, sub-matité sous la clavicule droite ; (bulleux fins dans les fosses sus et sous-claviculaires). En arrière, sub-matité à droite, respiration très soufflante dans la fosse sus-épineuse ; retentissement de la voix et de la toux ; pectoriloquie aphone ; quelques râles fins à la base ; quelques sibilants sur toute l'étendue du champ pulmonaire.

A gauche, inspiration rude et expiration prolongée.

Traité par la sanocrysine.

Cliché : Sclérose pulmonaire droite, rétraction du diaphragme du cœur et des côtes. Densification non homogène du lobe supérieur droit à limite scissurale nette ; taches sur la moitié supérieure du lobe supérieur gauche.

Examen stéthacoustique : 8-5-26. A droite, en avant, submatité du sommet droit. Inspiration rude et expiration très prolongée. A gauche, normale.

Grosse amélioration. A engraissé de 8 kgr. en 4 mois ; plus de B. K. depuis 3 mois ; pas de température.

OBSERVATION LXXXII

R. D..., 18 ans, étudiant.

Hospitalisé le 25 juin 1925, salle Hanot.

Le malade fait remonter le début de son affection à trois mois, en mars 1925.

Le lendemain d'un effort violent, le malade présente une brusque hémoptysie de 100 grammes environ, sans aucun prodrome, continue à avoir des crachats hémoptoïques pendant trois jours, mais conserve un excellent état général jusqu'en mai 1925. A cette époque, il commence à tousser et va consulter un médecin qui lui trouve des lésions évolutives ; il est traité par le repos et la cryogénine.

Vient consulter au dispensaire Léon Bourgeois ; son état ne s'améliorant pas, est hospitalisé salle Hanot.

Antécédent héréditaires : Aucun antécédent bacillaire.

Antécédents personnels : Bien portant jusqu'à mars.

Etat actuel : amaigrissement marqué, anémie, asthénie, tousse avec expectoration abondante, purulente. Sueurs nocturnes.

Température 38° à 40°. B. K. +.

Examen stéthacoustique : Matité dans le tiers supérieur droit. Souffle tubo-cavitaire, gros râles bulleux et gargouillements dans la zone d'alarme. Piaulements et frottements de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base du poumon.

A gauche : inspiration rude, expiration prolongée.

En arrière, à droite : matité sous la clavicule, inspiration très rude dans la fosse sus-claviculaire, souffle tubo-cavitaire, gargouillements et bulleux nombreux.

A gauche : bruits propagés, cependant certains bruits paraissent naître sur place.

Cliché : 2 juillet 1925. A droite, forte densification du tiers supérieur du champ pulmonaire non homogène, sans aspect

lacunaire limitée par une ligne nette à caractère interlobaire. Au-dessous, taches et marbrures, sinus diaphragmatique clair, mobile.

A gauche : dans la zone supérieure, les taches apparaissent à la toux. Elles sont appendues sur les ramifications broncho-vasculaires inférieures.

10 août 1925 : A droite, opacité intense avec maximum dans la partie moyenne semblant correspondre à la base du lobe supérieur. On devine encore une limite inférieure linéaire. A ce niveau, l'opacité est complètement homogène. L'apex du lobe supérieur est occupé par de la « mie de pain ». Le lobe inférieur, sauf à sa partie externe, est couvert de taches confluentes et floues.

A gauche : massif de pommelures péri-hilaires, floues, peu denses, expansives.

B. K. = +. Traité par la sanocrysine. *Température* se maintient toujours entre 38°5 et 40°.

L'état général s'aggrave. Le malade décline rapidement.

Décédé le 23 août 1925.

En résumé, la tuberculose lobaire, type de tuberculose localisée, longtemps limitée, constitue l'une des indications les plus évidentes du pneumothorax artificiel.

En cas d'échec par impossibilité d'obtenir un collapsus efficace, les interventions chirurgicales limitées (résection costale partielle) semblent pouvoir donner de bons résultats.

Dans les cas de lésions étendues du poumon symétrique, l'abstention thérapeutique est de rigueur Le repos complet, la cure sanatoriale, prolongée, après éclaircissement et stabilisation des lésions par

une vie saine, si possible à la campagne, s'imposent alors sans conteste et semblent conditions indispensables des guérisons dites spontanées.

Conclusions

L'envahissement total d'un lobe par la tuberculose avec limitation scissurale nette des lésions est un fait relativement fréquent ; nous l'avons observé dans 4 % des cas environ (statistique portant sur 1.400 observations).

La localisation habituelle de cette forme de tuberculose est le lobe supérieur droit, tous les auteurs qui ont étudié la question sont d'accord sur ce point.

Peut-être la lobite supérieure gauche reste-t-elle parfois non diagnostiquée de par la difficulté d'une délimitation radiologique précise du lobe supérieur gauche, en raison de l'obliquité du plan scissural. Anatomiquement, la localisation lobaire de la tuberculose implique l'existence d'une scissure complète, sans point parenchymateux interlobaire. On n'a guère insisté jusqu'à présent, sur cette condition nécessaire à la limitation des lésions : la stricte individualité anatomique du lobe.

Cette forme topographique lobaire dont les faits anatomiques confirment la réalité, ne peut être cliniquement identifiée que par l'examen aux rayons X.

Les signes stéthacoustiques non plus que l'his-

toire clinique ne permettent pas de la reconnaître de façon certaine. Le diagnostic différentiel est basé exclusivement sur les signes radiologiques.

Au point de vue clinique cependant, un caractère domine l'évolution : c'est la durée relativement longue de la limitation des lésions, celle-ci semble conditionnée par deux facteurs : 1° l'unité anatomique du lobe avec sa barrière scissurale (que l'interlobe soit resté indemne ou qu'il soit le siège de lésions pleurales ayant abouti à la symphyse); 2° le rôle du processus fibreux. Cette tendance à la sclérose est vraisemblablement liée à une question de terrain ; état humoral local du parenchyme modifié par une atteinte bacillaire ancienne.

L'opacité lobaire qui constitue l'image radiologique de la lobite tuberculeuse semble répondre à un envahissement de type pneumonique, à l'entour de lésions anciennes peu évolutives ou cicatrisées. Cet envahissement dépendrait d'une réinfection brutale, parfois exogène, le plus souvent endogène, sous l'influence d'une cause anergisante, ce qui expliquerait la fréquence des incidents aigus auxquels nombre d'auteurs rapportent le début de la maladie.

Mais cet envahissement pneumonique diffère absolument du point de vue évolutif de la classique pneumonie caséeuse : parfois l'éclaircissement radiologique traduit la résorption spontanée des exsudats alvéolaires ; des taches sombres, reliquats scléreux de l'envahissement massif du lobe, pourront ultérieurement servir de point de départ à de nou-

velles poussées. Dans d'autres cas, des ombres cavitaires se dessinent au milieu de l'opacité primitive du bloc lobaire. Mais l'évolution caséeuse ne se poursuit généralement pas. Le processus fibreux limite l'extension des lésions et fixe les images radiologiques.

Cette longue limitation des lésions qui constitue le caractère fondamental de la lobite n'est pas définitive, lorsque la barrière scissurale est franchie, l'évolution suit la marche habituelle de la tuberculose pulmonaire clinique à poussées évolutives plus ou moins rapprochées.

L'extension des lésions par contiguité n'est pas seule à craindre tant que persistent les cavités même encerclées de sclérose, il peut se produire, par voie bonchique, un ensemencement du lobe voisin et du poumon symétrique, d'où lésions diffuses et étendues.

Il est donc indispensable de prévenir cette diffusion des lésions qui est presque la règle au cours de l'évolution des lobites non traitées par une thérapeutique appropriée.

Le pneumothorax artificiel constitue actuellement le traitement de choix. De la précocité de son institution dépend en grande partie le pronostic de la lobite. Il est assez rare que des adhérences étendues (étant donné la rapidité de l'envahissement lobaire) fassent obstacle au décollement. Le collapsus sera presque toujours obtenu par l'élévation très lente et progressive de la pression intra-

pleurale qui, au début, comprime difficilement la condensation lobaire.

L'examen à l'écran donne, après l'insuflation, des images très caractéristiques ; l'opacité lobaire est rendue plus évidente encore et tranche sur la clarté des lobes sous-jacents, parfois proches de la paroi (pneumothorax électif), parfois complètement collabés.

Des examens successifs montreront ici encore la modification des lésions : éclaircissement du bloc lobaire ou évolution scléreuse aboutissant à la rétraction fibreuse après élimination sous l'influence du collapsus, des zones caséifiées.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. LÉON BERNARD.

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Recteur, l'inspecteur de l'Académie,

D. ROUSTAN.

Bibliographie

Paul Aris. — Contribution à l'étude des tuberculoses lobaires. — Thèse 1924.

Bard. — Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.

Léon Bernard et Louis Bethou. — La lobite supérieure droite. — *Revue de la tuberculose*, sept. 1923, n° 5, p. 471 et suivantes.

Léon Bernard, Baron, Valtis. — Statistique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *Bul. de l'Ac. de Médecine*, n° 1, janvier 1925, p. 46 et suivantes.

Léon Bernard, Rist et Maingot. — La localisation périhilaire initiale de la tuberculose propagée d'un poumon à l'autre. — Sec. d'ét. scient. sur la tuberculose, 10 déc. 1921. — *Rev. de la tub.*, janv.-févr. 1922.

Léon Bernard, Salomon et Thomas. — Le pneumothorax thérapeutique chez les tuberculeux atteints de cardiopathie. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 12 juin 1924, n° 20.

Léon Bernard. — Rapport de la tuberculose et de la syphilis du poumon. — Sect. d'étude sec. de l'œuvre de la tuberculose, séance du 12 mai 1923. — *Rev. de la tub.*, sept. 1923, p. 536.

— Résultat d'une première série de cas de tuberculose pulmonaire traités par le thiosulfate d'or et de sodium. — *Rev. de la tuberculose*, n° 2, avril 1926.

Bezançon et Braun. — Recherches expérimentales sur la pathogénie des foyers tuberculeux secondaires du poumon. — *Bull. de la Soc. d'Et. sc. sur la tuberculose*, juin 1911.

Bezançon et Serbonne. — Super infection tuberculeuse expérimentale du cobaye. — *An. de Médecine*, fév. 1914.

Bartells. — Anatomie von, 1906.

L. Bethoux. — La lobite supérieure. — Thèse Paris, 1924.

Bichat. — Anatomie descriptive, T. IV, p. 17.

P. Braun. — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques. — Thèse Paris, 1910-1911.

Burnand et Carrard. — La moitié des cavernes sont muettes à l'auscultation. — *Presse médicale*, 31 mai 1922.

Béclère. — Examen radioscopique des plèvres interlobaires et diagnostic de la sclérose de l'interlobe. — *Presse Médicale*, 1er mars 1922.

Castelli. — La lobite supérieure droite. — *Rev. de la tuberculose*, avril 1925.

A. Courcoux. — De la valeur de l'hémoptysie dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — *Rev. de la tuberculose*, T. IV, n° 6, 1923.

Cruveiller. — Anatomie descriptive, T. II, p. 281.

J. Chabaud. — La bilatéralisation au cours du pneumothorax artificiel et sa thérapeutique. — Thèse Paris, 1925.

A. Calmette. — De l'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux. — Mas., édit., Paris, 1920.

Correlation of autopsie and clinical medecine in tuberculosis. — *Am. Rev. Tub.*, Baltimore, 1924-1925.

Caussade. — Spléno-pneumonie chronique. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1899.

Dudan. — De la fréquence du début brusque de la tuberculose pulmonaire chronique. — *Ann. de Méd.*, n° 4, avril 1925.

ARMAND DELILLE, ISAAC GEORGES et DUCROCHET. — Sur quelques cas de réaction spléno-pneumonique très étendue au cours de la tuberculose pulmonaire infantile. — *Bul. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 8 juin 1922.

GRANCHER. — Spléno-pneumonie. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1883.

— Maladie de l'appareil respiratoire, Doin, édit., Paris, 1890.

J. GARCIN. — Anatomie radiologique du poumon. — *Journal de Radiologie*, mars 1922.

M. GILSON. — Exploration radiologique du poumon. — *Journal de radiologie*, janv. 1922.

A. HOVELAQUE. — Anatomie macroscopique des lymphatiques du poumon, vaisseaux et ganglions. — Bibliographie anatomique, fas. 5, T. XXII.

KAUFFMAN, HOFFAUER, HASSE. — Pathologischen anatomie, 1922, nos 336 et 337, p. 1766.

JACQUEROD. — Les petites résections costales partielles in situ dans les cas de tuberculose chronique localisée. — *Presse médicale*, 24 mars 1926.

LETULLE. — La tuberculose pleuro-pulmonaire, Maloine, édit., 1916.

LEREBOULLET. — Un cas de pneumonie tuberculeuse curable. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1912.

LUCIEN et HOCHE — Le mode de ramescence des veines pulmonaires à l'intérieur du poumon. — Compte rendu de l'Ass. des anatomistes, p. 201 et suivantes.

MALLOIZEL. — Recherches anatomo-cliniques sur les réactions pleuro-corticales. — Thèse Paris, 1907.

PIQUET et GIRAUD. — La tuberculose pneumonique. — *Rev. Méd. de la Suisse romande*, n° 4, avril 1923.

RIBADEAU-DUMAS et BÉCLÈRE. — Evolution des lésions initiales de la tuberculose infantile. — Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 4 juillet 1919.

Ribadeau-Dumas-Rolland. — Pneumonie tuberculeuse. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 12 déc. 1913.

Rouvière. — Anatomie descriptive.

Rist et Ameuille. — La pneumonie tuberculeuse. — *Paris-Médical*, n° 1, janv. 1922.

— Déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. — *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 35, déc. 1924.

Riel. — De la pneumonie tuberculeuse lobaire. — Thèse Lyon, 1887-1888.

Riesman. — Diagnostic problem in pneumonia. — *M. D.* Philadelpphia.

Renon et Geraudel. — Origine pneumonique inflammatoire des lésions nodulaires de la tuberculose pulmonaire. — Soc. de Biol., 1913, p. 699.

Sabourin. — Embolie bronchique tuberculeuse. — Alcan, édit., Paris, 1906.

Sergent et Durand. — Scissurite et périscissurite. — *Bul. Méd.*, 1923, n° 42.

— La limitation scissurale des processus pneumoniques tuberculeux. — *Paris Méd.*, n° 1, janv. 1924.

Sergent. — Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire, Maloine, édit., 1926.

Tripier. — Le processus pneumonique dans la tuberculose pulmonaire. — Congrès de tub., Washington, 1908.

Winslow. — Exposition anatomique de la structure du corps humain, Nouvelle édition, T. III, p. 329.

Imp. Commerciale Perrette, Limoges.